L'accès en actions

Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux

Document de consultation recommandé par le Département régional de médecine générale

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

106-06386/

Le **Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux, *«L'accès en actions»***, est une production du Service des communications – Direction de l'information et de la planification de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Directeur de l'information et de la planification
Louis Côté

Rédaction
Comité de direction du Département régional de médecine générale
Dr Louise Authier
Dr Richard Bergeron
Dr W.-Michel Bichaï
Dr Benoit Deschamps
Dr Serge Dulude
Dr Jean-Pierre Guay
Dr Guy Legros
Dr Théodore Leibovici
Dr Michel Miron
Dr Marie-France Pelland
Dr Benoit Poulin
Dr Mark Roper

Collaboration à la rédaction
Dr Jean Cloutier
Dr Louis-Georges Perreault

Coordination de l'édition
Hélène Perrault

Conception de la page couverture
Cossette communication-marketing

Graphisme
www.farleydw.com

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-109-4

Ce document est disponible :
- aux services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
  Téléphone : (514) 286-5604
- sur le site Web de la Régie régionale de Montréal-Centre :
  www.santemontreal.qc.ca

Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux
et des besoins en effectifs médicaux

Table des matières

A- PRÉAMBULE 8

L'AN 1 DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG),
SON PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX (PROS)
ET SON PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX GÉNÉRAUX (PREM)

1. LE CADRE LÉGAL 8
2. LE CADRE ADMINISTRATIF 8

B- ORIENTATIONS GÉNÉRALES DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE 9

1. BUT : AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE 9
2. PRINCIPES DIRECTEURS - «LE PATIENT AU CENTRE DE NOS PRÉOCCUPATIONS» 9
   - 2.1 Prise en charge 9
   - 2.2 Continuité des soins et des services 9
   - 2.3 Des soins globaux : prévenir, guérir, soigner 10
   - 2.4 Accessibilité 10
   - 2.5 Hiérarchisation des soins et des services médicaux 10
   - 2.6 Collaborations interprofessionnelles et interétablissements 11
3. PRINCIPES ORGANISATIONNELS - «UN RÉSEAU INTÉGRÉ» 11
   - 3.1 Définition du réseau intégré 11
     - 3.1.1 Division territoriale 12
   - 3.2 Contribution de chacun des omnipraticiens du Département régional de médecine générale au Plan régional d'organisation des services médicaux généraux 13
   - 3.3 L'accès aux services diagnostiques 13
     - 3.3.1 Besoins de la première ligne 13
     - **RECOMMANDATIONS** 14
   - 3.4 L'accès aux services médicaux spécialisés 15
     - 3.4.1 Besoins de la première ligne 15
     - 3.4.2 Constats relatifs à la disponibilité et à l'accessibilité 16
     - **SOLUTIONS PROPOSÉES** 16
       - A. Situations semi-urgentes (1 à 5 jours) 16
       - B. Situations électives (1 à 4 semaines) 16
     - **RECOMMANDATIONS** 17
   - 3.5 L'accès aux ressources pour les traitements en externe et à domicile 17
   - 3.6 L'accès aux ressources professionnelles du réseau 18
   - 3.7 Une communication efficace entre les partenaires 18
   - 3.8 La formation médicale continue 19
4. MODÈLE ORGANISATIONNEL 19
   - 4.1 Introduction 19
   - 4.2 Les constats 19

4.3 Les objectifs 21
4.4 Le modèle, la convergence et la transition 21
4.4.1 Les principes 21
4.4.2 Le réseau des points de services de première ligne 22
4.4.3 Les options 22
AUJOURD'HUI 22
DEMAIN 23
Les Groupes de médecine de famille (GMF) 23
Les Cliniques de médecine familiale réseaux, dites pivots 24
Le plateau technique 25
La mise en chantier 25
4.5 Conditions de réussite 26
4.6 Résumé 26
5. DÉFINITION DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE 27
5.1 Champs d'exercice de la première ligne 27
6. DÉFINITION DES SERVICES MÉDICAUX DE DEUXIÈME LIGNE OÙ OEUVRENT LES OMNIPRATICIENS 28
6.1 Champs d'exercice des omnipraticiens qui oeuvrent en deuxième ligne 28
C- CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DE MONTRÉAL ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ 30
D- ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE 32
E- NOS PRIORITÉS 33
1. Objectif général 33
2. Objectifs spécifiques 34
F- PLAN RÉGIONAL D'EFFECTIFS MÉDICAUX DE MONTRÉAL 38
1. LA POPULATION ET SA VILLE 38
2. LES OMNIPRATICIENS DE MONTRÉAL EN 2000-2001 39
2.1 La consommation des services médicaux 39
2.2 L'indice d'accès aux services 40
2.3 L'indice de participation des omnipraticiens à la prise en charge des patients hospitalisés 41
2.4 Le nombre d'omnipraticiens équivalent temps plein (ETP) cliniques dans un territoire 41
2.5 L'indice d'autosuffisance 41
3. LES BESOINS EN OMNIPRATIQUE 46
3.1 Généralités 46
3.2 Nos besoins en omnipraticiens 46
4. PLAN D'ACTION 48
G- DÉCIDER - AGIR - ÉVALUER - AJUSTER 50
H- ANNEXES 51

Lexique et acronymes

Clientèles vulnérables : personnes fragilisées atteintes d'une ou de plusieurs pathologies, aiguës ou chroniques, souvent débilitantes et évolutives, souvent de façon imprévisible. Il s'agit fréquemment de personnes âgées, mais il peut s'agir également de jeunes personnes. Ces personnes peuvent aussi être atteintes de problèmes cognitifs.

Commission Clair : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

Commission Romanow : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

Heures défavorables : heures de soirée, nuit, fin de semaine et jour férié.

Ministère : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Panier de services : ensemble des services offerts par des professionnels de la santé oeuvrant dans un même point de services.

Patient orphelin : personne qui n'a pas de médecin de famille.

Services de première ligne : Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical, de la population.

Services de deuxième ligne : Ces services, tant sociaux que médicaux, permettent de résoudre les problèmes complexes. Ils comprennent des services d'assistance, de soutien, d'hébergement et un ensemble de services spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et, pour les services médicaux, une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

Services de troisième ligne : Niveau de la médecine ultraspécialisée, ces services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est très faible (concept de rareté).

AMOM : Association des médecins omnipraticiens de Montréal

CAU : Centre affilié universitaire

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CHSP : Centre hospitalier de soins psychiatriques

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLSC : Centre local de services communautaires

CMR : Commission médicale régionale

CR : Centre de réadaptation

DAMU : Direction des affaires médicales et universitaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

DRMG : Département régional de médecine générale

EMC : Éducation médicale continue

ETP : Équivalent temps plein

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

GMF : Groupe de médecine de famille

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PREM : Plan régional des effectifs médicaux généraux

PROS : Plan régional d'organisation des services médicaux généraux

RMN : Résonance magnétique nucléaire

RTSS : Réseau de télécommunication sociosanitaire

UMF : Unité de médecine familiale

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Annexes

Annexe 1 : L'INTERFACE OMNIPRATICIENS - MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS UN RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES MÉDICAUX SUR LE TERRITOIRE DE L'ÎLE DE MONTRÉAL 51
Document conjoint de la Commission médicale régionale, du Département régional de médecine générale et de la Direction des affaires médicales, mai 2002

Annexe 1a : FORMULAIRE « INFORMATION MÉDICALE SOMMAIRE » FORMULAIRE « FEUILLE SOMMAIRE CLINIQUE » 75

Annexe 2 : LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE - DOCUMENT D'ORIENTATION 79
Département régional de médecine générale, Octobre 2001

Annexe 3 : GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE – DOCUMENT SYNTHÈSE 87
Ministère de la Santé et des Services sociaux, août 2002

Annexe 4 : UN RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX EN HEURES DÉFAVORABLES VIA DES CLINIQUES PIVOTS 107
Département régional de médecine générale, Octobre 2001

Annexe 5 : MÉDECINS OMNIPRATICIENS INSTALLÉS DANS LA RÉGION AU 30 JUIN 2002 117
Régie régionale de Montréal-Centre, 2002

Annexe 6 : NOMINATIONS ET DÉPARTS ENTRE 1999 ET 2002, POSTES NON COMBLÉS ENTRE 1997 ET 1999 119
Régie régionale de Montréal-Centre, 2002

Cartes et tableaux

Les 6 sous-régions du Département régional de médecine générale 12

Indice d'accès pour les services rendus par les généralistes 40

Indice d'accès pour les services rendus par les spécialistes 40

L'impact du plafond salarial sur la facturation moyenne 42

Les activités des médecins omnipraticiens ETP exerçant en soins de première ligne dans la région de Montréal 44

Les activités des médecins omnipraticiens ETP exerçant en soins de deuxième ligne dans la région de Montréal 45

Nombre de lieux de pratique des médecins omnipraticiens installés dans la région en 2000-2001 45

A
Préambule

L'an I du Département régional de médecine générale (DRMG), son plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS) et son plan régional des effectifs médicaux généraux (PREM)

1. LE CADRE LÉGAL

La Loi sur les services de santé et sur les services sociaux prévoit que la Régie régionale se dote d'un plan régional d'organisation de services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux, et d'un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et des besoins en effectifs médicaux.

Par ailleurs, selon l'article 417.2, alinéa 2, le Département régional de médecine générale doit définir et proposer le plan d'organisation des services médicaux généraux et assurer la mise en place et l'application de la décision de la Régie régionale.

De plus, selon l'article 417.2, alinéa 1, le Département régional de médecine générale doit faire des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux relatif aux médecins omnipraticiens qui doit être élaboré conformément à l'article 377 et, une fois que le ministre a approuvé le plan, le DRMG doit assurer la mise en place et l'application de la décision de la Régie régionale relative à ce plan.

C'est dans ce contexte que sont élaborés le plan d'organisation des services médicaux généraux et le plan des effectifs médicaux en omnipratique.

Ce document fait également partie intégrante de la démarche actuelle de la Régie régionale qui doit, selon la loi, produire un plan stratégique triennal d'organisation des services de santé et des services sociaux sur son territoire.

2. LE CADRE ADMINISTRATIF

Montréal a une vocation suprarégionale et régionale. C'est aussi une région universitaire (voir 3.1, p. 46). La Régie régionale doit gérer l'organisation des services et des ressources médicales mises à sa disposition pour permettre à la population qu'elle dessert d'avoir accès aux services dont elle a besoin, à partir des deux plans mentionnés ci-haut.

B
Orientations générales du Département régional de médecine générale

1. BUT : AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

Le Département régional de médecine générale veut travailler, en collaboration avec tous les omnipraticiens du territoire et les partenaires du réseau de la santé, à bâtir un réseau fonctionnel de première ligne, accessible, dans une perspective de prise en charge et de continuité des soins et services.

Pour être efficaces et efficients, les omnipraticiens doivent avoir accès aux techniques diagnostiques, à l'expertise spécialisée et à l'ensemble des professionnels du réseau.

Un réseau fonctionnel doit pouvoir compter sur l'implantation d'un système d'information clinique et administratif.

2. PRINCIPES DIRECTEURS - « LE PATIENT AU CENTRE DE NOS PRÉOCCUPATIONS »

2.1 Prise en charge

Le suivi régulier des personnes au niveau de la première ligne facilite, pour les médecins, l'établissement d'une relation leur permettant de bien connaître leurs patients, de cerner l'ensemble de leurs problèmes, de tenir compte de leur environnement familial et social et de trouver la solution qui leur convient le mieux et ce, à toutes les étapes de leur vie.

Cette connaissance du patient évite de référer des patients au niveau de la deuxième ligne pour des investigations poussées et des traitements spécialisés quand leur état de santé ne le requiert pas.

2.2 Continuité des soins et des services

La continuité des soins pour un même individu est un élément essentiel de toutes les organisations de soins, qu'elles soient de première, deuxième ou troisième lignes. On doit la retrouver à tous les niveaux et entre les différents niveaux.

La continuité se réalise le plus souvent lorsque le suivi est assumé par un même médecin et doit être assuré particulièrement lors du transfert du patient d'un médecin à un autre médecin, d'un établissement à un médecin ou à un autre établissement.

Il y a donc deux notions à souligner concernant la continuité des soins : la première est le suivi régulier d'une personne au niveau de la première ligne par un médecin qui prend en charge l'ensemble de ses problèmes de

santé, la deuxième est la transmission d'informations lorsque le patient doit être référé ou transféré à un autre professionnel ou à un établissement.

2.3 Des soins globaux : prévenir, guérir, soigner

Prévenir, c'est préserver et si possible accroître le potentiel de santé des individus qui nous consultent en intégrant au quotidien des mesures de prévention et de promotion de la santé, adaptées à chaque individu, et en synergie avec les priorités définies par nos collègues de santé publique.

Guérir, c'est mettre en œuvre tous les moyens curatifs et de réadaptation appropriés pour traiter le malade en temps opportun, en concertation avec les services spécialisés.

Soigner, c'est, en collaboration avec les autres professionnels de la santé, s'occuper de nos patients dont l'état de santé s'est détérioré et qui vivent avec une incapacité ou un déficit souvent irréversible, ou sont en phase terminale de leur maladie, dans une perspective de maintien de la qualité de vie et dans le respect de l'autonomie du patient à décider.

> ***« Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. »***[1]

2.4 Accessibilité

L'accessibilité pour le patient à voir le bon médecin, au bon endroit et au bon moment nécessite que la porte d'entrée soit ouverte à la population dans un horaire élargi, 365 jours par année, de 8 h à 21 h. Le patient aura accès à des consultations avec et sans-rendez-vous pour sa continuité de soins et ses épisodes de soins aigus, dans une perspective de soins globaux. Entre 21 h et 8 h, les services d'urgence des centres hospitaliers sont utilisés. L'ouverture 24 h/7 j d'un point de services médicaux généraux par sous-région ne serait pas efficiente.

Ainsi, le nombre de personnes qui utilisent les services d'urgence des centres hospitaliers comme premier point de contact avec le réseau de la santé pourrait être réduit.

Un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux comprend un réseau de garde en disponibilité pour les clientèles maintenues à domicile, pour les clientèles désirant mourir à domicile, pour celles en centre d'hébergement et de soins de longue durée, de réadaptation, de convalescence et autres.

2.5 Hiérarchisation des soins et des services médicaux

Les médecins omnipraticiens sont les mieux outillés pour assurer le rôle de premier intervenant, d'intégrateur et de suivi des patients. Les médecins de deuxième et troisième lignes retournent les patients qui leur ont été référés, une fois l'objectif de référence atteint, et pour lesquels il est indiqué d'assurer le suivi à ce niveau dans le respect des compétences mutuelles et de la complémentarité des rôles.

Les médecins omnipraticiens travaillent avec les autres professionnels de la santé dans un partage des responsabilités auprès de la clientèle pour une organisation plus efficace et efficiente et dans le respect des rôles professionnels de chacun.

1 MSSS, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Les solutions émergentes : rapport et recommandations, 2000, p. 107

2.6 Collaborations interprofessionnelles et interétablissements

Il importe maintenant que nous passions du système d'un ensemble d'établissements et de professionnels de la santé à un véritable réseau de soins et de services.

« Le patient est au centre de nos préoccupations. »

Nous devrons nous concentrer sur des objectifs de santé, sur l'accessibilité, la qualité et la continuité des services requis pour répondre aux besoins de la population de la région de Montréal plutôt que sur la rivalité interétablissements ou interprofessionnelle : collaboration plutôt que compétition.

3. PRINCIPES ORGANISATIONNELS - « UN RÉSEAU INTÉGRÉ »

3.1 Définition du réseau intégré

Un réseau intégré de services médicaux est constitué d'un ensemble de personnes, d'organismes, d'établissements qui concourent au même but et qui sont en relation pour agir ensemble, et dont les différentes composantes (ressources matérielles, financières et humaines) forment un tout.

Ce réseau doit impliquer tous les médecins omnipraticiens du territoire de la Régie régionale de Montréal, membres du Département régional de médecine générale, qui offrent des services médicaux de première ligne quels que soient leurs milieux d'exercice : CLSC, cliniques médicales, cabinets, unités de médecine familiale, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation et de convalescence et toutes les nouvelles formes organisationnelles à venir (groupes de médecine de famille, cliniques de médecine familiale réseaux).

Seule la participation de tous les omnipraticiens du territoire dans une action de concertation et de complémentarité permettra de donner un meilleur service dans l'intérêt de la santé de la population.

> **Ce réseau aura pour mission d'assurer, à toute la population du territoire, une gamme complète de soins et services médicaux de première ligne, de courte ou de longue durée : services de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soins palliatifs. Il devra respecter toutes les caractéristiques essentielles suivantes : universalité, gratuité, accessibilité (géographique, physique, horaire, délais d'attente), globalité, continuité, homogénéité, pertinence, efficacité, efficience et qualité des services.**

Ces caractéristiques devront s'appliquer à chacun des modes de dispensation des services, soit la consultation médicale avec rendez-vous, la consultation médicale sans rendez-vous, la consultation médicale à domicile, la garde en disponibilité et les programmes médicaux spécifiques, et ce, quel que soit le lieu de prestation des services.

De plus, ce réseau se doit d'être interdépendant, c'est-à-dire être en lien entre ses différentes composantes et avec les autres partenaires et programmes du réseau de la santé. Le réseau de soins généraux devra donc être articulé avec les réseaux de soins spécialisés des deuxième et troisième lignes.

Les acteurs de ce réseau doivent être supportés par un réseau de services complémentaires techniques, notamment les moyens diagnostiques tels que les examens de laboratoires médicaux, de radiologie simple,

d'échographie et autres techniques d'imagerie médicale. Ce réseau complémentaire doit être disponible même durant les heures défavorables et doit permettre la transmission rapide des résultats au médecin.

En résumé, les éléments-clés pour l'implantation du réseau intégré sont :

- le Département régional de médecine générale
- la responsabilisation de tous les médecins omnipraticiens
- la contribution des toutes les organisations en place : CLSC, cliniques, cabinets, unités de médecine familiale et toutes les nouvelles formes organisationnelles à venir (groupes de médecine de famille, cliniques de médecine familiale réseaux)
- l'approche de médecine familiale : prise en charge, soins globaux, continuité
- l'accès à des ressources diagnostiques et spécialisées
- la notion de médecin traitant
- la fluidité des communications, la fluidité des références
- la vision systémique du réseau.

3.1.1 Division territoriale

Le territoire de la Régie régionale de Montréal est un territoire immense. Sa population est dense. Les établissements et les points de services sont nombreux. L'organisation d'un réseau de soins généraux qui vise à rapprocher le plus possible les services du milieu de vie naturel et habituel du citoyen nécessitait la division du territoire de Montréal en sous-régions. Ce découpage pour les fins de la planification des services médicaux de

Les 6 sous-régions du Département régional de médecine générale

Est :
CLSC J.-Octave Roussin, Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou, Olivier-Guimond, Saint-Léonard, Saint-Michel, de Rosemont, Hochelaga-Maisonneuve

Ouest :
CLSC Pierrefonds, Lac St-Louis, du Vieux Lachine

Sud-Ouest :
CLSC Saint-Henri, Verdun/Côte Saint-Paul, LaSalle, Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles

Centre-Est :
CLSC du Plateau Mont-Royal, des Faubourgs, La Petite Patrie, Villeray, Parc Extension*

Centre-Ouest :
CLSC Saint-Louis du Parc*, Métro, Côte-des-Neiges, René-Cassin, Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest

Nord :
CLSC Ahuntsic, Bordeaux-Cartierville, Saint-Laurent, Montréal-Nord.

première ligne aurait pu se faire de plusieurs façons selon des indicateurs ou critères favorisés. Plusieurs modèles auraient été possibles. Nous croyions cependant que ces sous-régions devaient correspondre à des entités administratives, sociales et culturelles bien définies. Le critère qui nous semblait le plus important était que cette division respecte les habitudes et les mouvements naturels de consultation des citoyens et les organisations de concertation qui existent déjà et qui fonctionnent de façon efficiente. Le territoire de Montréal a donc été divisé en six sous-régions : Est, Ouest, Sud-Ouest, Centre-Est, Centre-Ouest et Nor Chacune de ces sous-régions regroupe les territoires des CLSC.

Chaque sous-région, qui demeure perméable pour l'ensemble des citoyens et des médecins, devra assurer à sa population l'organisation des services médicaux généraux de première ligne.

* À la suite de leur demande, nous recommandons que le CLSC Parc Extension fasse maintenant partie de la sous-région Centre-Ouest et que le CLSC Saint-Louis du Parc fasse maintenant partie de la sous-région Centre-Est.

3.2 Contribution de chacun des omnipraticiens du Département régional de médecine générale au Plan régional d'organisation des services médicaux généraux

Tous les médecins omnipraticiens, quels que soient leurs lieux d'exercice, seront collectivement responsables, notamment par leur participation au Département régional de médecine générale, de l'organisation et de la dispensation des services médicaux de première ligne à l'intérieur des différents programmes et priorités retenus par le Département régional de médecine générale.

Le regroupement des omnipraticiens sera favorisé et supporté pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins dans le respect des compétences de chacun pour offrir une gamme complète de services à la population.

3.3 L'accès aux services diagnostiques

La Commission Clair considère que l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux. Pour réaliser un tel projet, il est cependant essentiel de fournir aux médecins qui y œuvrent les outils nécessaires pour accomplir leur rôle : dispenser à la population les services médicaux requis au maintien et à l'amélioration de son état de santé. L'accessibilité appropriée à un plateau technique diagnostique et à la consultation spécialisée en temps opportun en constitue deux éléments indispensables. Il serait ainsi possible et réalisable d'assurer à la population le bon service requis, au bon moment, par le bon médecin et au bon endroit.

3.3.1 Besoins de la première ligne

Tenant compte des besoins identifiés par les médecins membres du comité de direction du Département régional de médecine générale de Montréal, les omnipraticiens du territoire doivent avoir les outils nécessaires pour répondre aux exigences de leur rôle clinique. Il s'agit généralement :

- des prélèvements sanguins, microbiologiques et cytologiques de base
- de l'imagerie médicale comprenant les examens radiographiques, fluoroscopiques, échographiques (incluant le Doppler), la tomographie axiale assistée par ordinateur (CT-Scan), la résonance magnétique nucléaire (RMN) et les examens scintigraphiques

- des examens d'électrophysiologie tels que électrocardiogramme (ECG) (repos, effort, thallium, MIBI[2]), électromyogramme (EMG) et électro-encéphalogramme (EEG)
- des tests de fonctions respiratoires.

Certains autres tests diagnostiques comme l'endoscopie impliquent généralement une consultation préalable.

Les délais d'accessibilité attendus et proposés afin d'assurer une première ligne efficace sont les suivants :

Moins de 24 heures pour les situations urgentes
soit le jour même, avec communication des résultats au médecin requérant dans les **deux (2) heures** qui suivent l'examen

1 à 5 jours pour les situations semi-urgentes
avec communication des résultats au médecin requérant la **journée même** de l'examen

1 à 4 semaines pour les situations électives
avec communication des résultats au médecin requérant dans un **délai d'une semaine ou moins.**

L'organisation actuelle concernant l'accès aux plateaux techniques semble donc inadaptée aux besoins de la pratique médicale de première ligne telle qu'envisagée et ne supportera pas la mise sur pied d'un réseau d'accessibilité aux services médicaux susceptibles de diminuer le recours aux salles d'urgence des centres hospitaliers si aucun correctif n'est appliqué.

Recommandations

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, nous recommandons :

1. **Que la Régie régionale élabore, en collaboration avec les établissements et les cliniques hors établissement, un plan d'action afin de rendre accessible un plateau technique qui réponde aux besoins d'un réseau de première ligne bien organisé sur tout le territoire selon un horaire élargi, 7 jours par semaine, qui tienne compte des situations cliniques reconnues urgentes, semi-urgentes et électives;**
2. **Que des ententes de services soient faites entre la Régie régionale et les cliniques hors établissement afin d'assurer l'accessibilité au plateau technique, sans déboursé additionnel, pour tous les patients;**
3. **Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services pourront être disponibles dans les délais établis;**
4. **Qu'un comité conjoint de suivi (DAMU, CMR, DRMG) puisse conseiller la Régie régionale sur les orientations à privilégier tenant compte des contraintes identifiées afin de doter le réseau de première ligne des outils nécessaires à l'accomplissement de son rôle selon les différentes situations cliniques sur tout le territoire;**
5. **Que l'informatisation du réseau et le déploiement des technologies modernes de communication puissent supporter et permettre l'organisation des services médicaux de première ligne;**

2 | MIBI : 2 methoxy isobutyl isonitrile

6. Que la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU) de la Régie régionale de Montréal sollicite la participation du Collège des médecins du Québec, en lien avec les différentes instances impliquées dans la formation médicale (les universités, les associations et les fédérations professionnelles) afin d'optimiser l'utilisation appropriée de ce plateau technique (objectifs de formation pré-doctorale, éducation médicale continue, conception, mise à jour et diffusion de guides d'utilisation);

7. Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements et les cliniques affiliées par entente de services, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès au plateau technique deviennent inacceptables;

8. Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la Commission médicale régionale (CMR) et au Département régional de médecine générale sur l'état de réalisation de ces recommandations.

Pour plus d'information, voir le document de la Commission médicale régionale produit en collaboration avec le Département régional de médecine générale et la Direction des affaires médicales et universitaires à l'annexe I.

3.4 L'accès aux services médicaux spécialisés

Plusieurs situations cliniques dans la pratique d'un médecin de famille peuvent nécessiter la consultation auprès d'un collègue spécialiste. Le besoin en est généralement un d'expertise diagnostique et/ou thérapeutique ou de suivi conjoint dans le cas de certaines problématiques complexes. Il peut parfois aussi s'agir d'un transfert pour un épisode de soins spécifique (par exemple lors d'une chirurgie) après lequel le médecin spécialiste retourne le patient aux soins du médecin de famille.

Aussi, le Groupe de travail du Collège des médecins de famille du Canada et celui du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada affirment : « Le rôle du spécialiste consultant est d'évaluer le problème porté à son attention, de juger de l'état du malade et de communiquer sans tarder ses conclusions au malade et à son médecin traitant. Normalement, les médecins consultants devraient retourner les malades à leur médecin de famille pour la poursuite du traitement : cependant, il est parfois approprié que le spécialiste consultant dispense des soins simultanés ou de longue durée. »

Il est entendu que le médecin de famille est responsable d'assurer la continuité des soins, après le retour du patient par le spécialiste, ou dans un suivi conjoint avec ce dernier selon la situation.

3.4.1 Besoins de la première ligne

Les médecins de famille ont recours aux différents spécialistes autant en cabinets ou cliniques qu'en centres hospitaliers selon l'état clinique de leur patient et la disponibilité des services. Certaines spécialités ne nécessitant pas souvent de plateaux techniques lourds sont majoritairement disponibles dans les cliniques médicales (dermatologie, endocrinologie, gynécologie, par exemple). D'autres, par contre, sont davantage en milieu hospitalier (cardiologie, pneumologie, médecine interne, gastro-entérologie, etc.).

Les délais de consultation doivent être adaptés à la situation :

une condition nécessitant des soins immédiats (moins de 24 heures) impliquera le plus souvent une référence au service des urgences.

- une condition semi-urgente : le patient doit être évalué ou traité dans un délai de 1 à 5 jours
- toute autre condition : un délai de 1 à 4 semaines peut être raisonnable.

Il va de soi que pour être en mesure de répondre à ces attentes, les consultants (et leurs patients) doivent pouvoir compter sur la disponibilité appropriée du plateau technique.

3.4.2 Constats relatifs à la disponibilité et à l'accessibilité

Les omnipraticiens de Montréal soulèvent régulièrement deux problématiques majeures concernant la consultation en spécialité :

- L'accès à la consultation (délais, manque d'information sur la localisation des cabinets)
- La communication des résultats de la consultation initiale et des visites subséquentes, le cas échéant, et du plan de traitement et de suivi.

Solutions proposées

A. Situations semi-urgentes (1 à 5 jours)

Les médecins de certaines spécialités sont plus susceptibles d'avoir à répondre à des consultations semi-urgentes, notamment en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, etc.

Les conditions semi-urgentes risquent plus souvent d'impliquer l'utilisation d'un plateau technique plus lourd, généralement disponible en centre hospitalier. Il faudrait donc prévoir :

- Une accessibilité en clinique externe ou en centre de soins ambulatoires avec des plages de rendez-vous réservées auprès des consultants à des nouveaux patients de même qu'aux patients déjà connus dont l'état se détériore
- L'optimisation de l'efficience des cliniques externes hospitalières (confirmation des rendez-vous des nouveaux patients, gestion serrée des rendez-vous, etc.)
- La disponibilité appropriée du plateau technique pour le médecin consultant
- La transmission des résultats de la consultation et du plan de traitement au médecin requérant de façon rapide : le jour même si le patient est immédiatement retourné aux soins de l'omnipraticien, ou dans un délai d'une semaine ou moins dans les autres cas.

B. Situations électives (1 à 4 semaines)

Toutes les spécialités cliniques sont visées par des consultations électives. Le lieu de la consultation peut autant être en cabinet ou clinique qu'en clinique externe ou en centre de soins ambulatoires, selon l'organisation de chaque spécialité. Une accessibilité adéquate implique :

- Une prise de rendez-vous plus facile
- Des plages de rendez-vous disponibles auprès des consultants pour des nouveaux patients
- L'optimisation de la gestion des rendez-vous, particulièrement dans les cliniques externes des centres hospitaliers
- La disponibilité appropriée du plateau technique pour les médecins consultants
- La transmission des résultats de la consultation et du plan de suivi et de traitement au médecin requérant dans un délai d'une semaine ou moins.

Recommandations

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients par les médecins omnipraticiens, nous recommandons :

1. **Que la Régie régionale de Montréal supporte de façon prioritaire l'informatisation des lieux de consultations des médecins requérants et consultants, avec les liens nécessaires au Réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS);**
2. **Que la Régie régionale de Montréal demande et supporte, dès maintenant, auprès des établissements de son territoire, l'optimisation de l'utilisation des technologies modernes de communication (télécopie, courrier électronique sécurisé) et du support clérical requis par les médecins spécialistes pour transmettre les informations pertinentes aux médecins référants;**
3. **Que la Direction des affaires médicales et universitaires de la Régie régionale sollicite l'implication du Collège des médecins du Québec afin d'améliorer la qualité des informations échangées entre les spécialistes consultants et les médecins référants (demandes de consultation précises et accompagnées de toutes les informations pertinentes, rapports de consultation les plus informatifs possible au sujet des plans d'investigation, de traitement et de suivi, rapports d'évolution avec résultats de tests subséquents);**
4. **Que la Régie régionale de Montréal, en collaboration avec les établissements, encourage l'utilisation d'un formulaire normalisé de résumé d'information médicale sommaire (voir exemples à l'annexe 1a) lors du congé d'un patient hospitalisé. Ce formulaire devrait comprendre une copie à remettre à l'usager et/ou à son médecin traitant, et l'original à laisser au dossier du patient en remplacement de la feuille sommaire actuellement utilisée dans les établissements. (Ce type de formulaire peut aussi servir lorsqu'un patient a été évalué et traité au service des urgences.);**
5. **Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services de consultation spécialisée pourront être disponibles dans les délais établis (ceci pourrait se faire par étape, une sous-région à la fois) et s'assure de la mise à jour périodique de cette information;**
6. **Que la Régie régionale sollicite les associations de médecins spécialistes et les directions des services professionnels des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de notre territoire afin de choisir les moyens qui permettront de lever les contraintes à la réalisation des objectifs d'accessibilité dans les différentes sous-régions;**
7. **Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements, favorise l'implantation d'un mécanisme de surveillance pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès aux consultations en cliniques externes spécialisées deviennent inacceptables.**

3.5 L'accès aux ressources pour les traitements en externe et à domicile

La dernière décennie a été celle du développement de nouvelles technologies et de nouvelles approches thérapeutiques qui ont permis de traiter de plus en plus de pathologies en externe et à domicile : antibiothérapie en ambulatoire, protocole d'anticoagulothérapie avec les héparines à faible poids moléculaire, protocoles des maladies inflammatoires, chimiothérapie en CLSC, soins postopératoires, soins de plaies, oxygénothérapie à domicile, pour n'en nommer que quelques-unes.

Ce virage ambulatoire s'est développé à partir des hôpitaux. Les professionnels des hôpitaux ont élaboré de nouveaux protocoles de soins et planifié leur application avec les intervenants des CLSC. L'arrimage avec les médecins traitants demeure à développer dans une perspective de continuité de soins.

Il faut maintenant développer l'accès pour les patients vus en clinique par leur médecin omnipraticien à ce type de ressources de traitement. Cet accès devra être direct, c'est-à-dire du médecin aux services du CLSC, évitant ainsi le transfert du patient à l'urgence pour être ensuite retourné chez lui avec son antibiothérapie intra-

veineuse ou toute autre thérapie qui se dispense maintenant à domicile.

L'accessibilité aux services diagnostiques, telle que décrite précédemment au point 3.3, et dans les délais exigés pour les situations d'urgence, permettra dans ce type de situations d'établir un diagnostic rapide et de mettre en place le traitement approprié en externe ou à domicile.

Nous favoriserons ainsi le maintien dans la communauté des clientèles qui ne nécessitent pas l'utilisation de l'infrastructure lourde des centres hospitaliers et nous favoriserons la continuité de soins par le médecin traitant.

3.6 L'accès aux ressources professionnelles du réseau

Les CLSC offrent un ensemble de services psychosociaux et de services de santé à la population de leur territoire. Ils ont des programmes d'intervention et de soutien auprès de clientèles spécifiques. Ils sont des partenaires essentiels dans l'organisation des services de santé et sociaux de première ligne. Nous leur référons depuis toujours nos patients en perte d'autonomie, nos patients avec maladies chroniques, nos patients nécessitant des ressources en santé mentale et autres.

Nous voulons élargir notre partenariat avec les CLSC et établir de véritables mécanismes d'arrimage pour pouvoir offrir à nos patients tous les services requis à leur bien-être général.

3.7 Une communication efficace entre les partenaires

L'élément indispensable qui assure la continuité lors d'une référence ou d'un transfert est la transmission d'information. Sans elle, le suivi est compromis tant au niveau professionnel (diagnostic, traitement) qu'au niveau de l'efficience (reprise d'examens ou d'analyses). La transmission d'information doit se faire sans délai pour assurer un suivi optimal.

Les médecins de deuxième et troisième lignes doivent retourner aux médecins de la première ligne les patients qui leur ont été référés et pour lesquels il est indiqué que le suivi soit assuré par ces derniers.

L'organisation des services doit de plus favoriser les modalités qui encouragent une communication simple et adaptée entre les intervenants, une référence facilitée et une transmission systématique de l'information.

Tous les points de services médicaux généraux doivent être reliés aux réseaux d'information et de communication, dont le Réseau de télécommunication sociosanitaire, facilitant ainsi la communication entre tous, dans le respect du consentement du patient, de la confidentialité et de la sécurité.

> ***« Bref, il n'y aura pas de réelle intégration des services sans systèmes fiables et partageables d'information clinique et de gestion ».***[3]

3 | MSSS. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes : rapport et recommandations. 2000. p. 106

3.8 La formation médicale continue

La formation médicale continue est réputée être un outil privilégié pour maintenir des connaissances et des compétences à jour et pour développer de nouvelles habiletés dans des champs d'activités médicales, tant nouveaux que moins familiers. Elle peut contribuer au développement d'une polyvalence pertinente et nécessaire à la pratique de la médecine familiale.

Face à une pénurie de ressources médicales et à la volonté d'établir une planification des services médicaux adaptés aux besoins de la population, il apparaît nécessaire que les différents organismes impliqués dans la formation médicale continue puissent élaborer des sessions ou stages de formation rémunérés à l'intention des médecins intéressés à s'investir pour élargir leur horizon professionnel dans le sens des priorités identifiées par le Département régional de médecine générale. L'accessibilité en tout temps à la consultation à des collègues omnipraticiens ou spécialistes identifiés, possédant une expertise dans ces champs d'activités, contribuera à éliminer le sentiment d'isolement ou d'insécurité face à de nouvelles responsabilités médicales nécessaires.

4. MODÈLE ORGANISATIONNEL

4.1 Introduction

Montréal est une grande mosaïque pour ce qui est de son organisation des services médicaux généraux. Nous pourrions dire que cette organisation est le juste reflet de sa population résidente et environnante. Nous croyons, toutefois, que tout en respectant cette diversité, nous devrions, par souci d'offrir des services mieux adaptés, contemporains et répondant aux attentes, tisser un nouveau canevas, un réseau regroupant tous nos services. Ce dernier, tout étant bien structuré, serait aussi flexible afin de permettre ainsi une transition en douceur car ignorer ou négliger la résistance au changement serait une erreur impardonnable. Tout en respectant, dans la mesure du possible, les choix et intérêts de chacun, nous pourrions tous, omnipraticiens, dans un esprit de collaboration, converger vers ce modèle montréalais dont nous désirons en partager la vision.

4.2 Les constats

Médecine générale, médecine familiale et polyvalence sont associées depuis longtemps. Les omnipraticiens oeuvrent dans plusieurs champs d'activités : suivi de clientèle, gériatrie, obstétrique, périnatalité, enseignement et recherche, hospitalisation, longue durée, santé mentale, santé publique, santé au travail, urgence, VIH, soins palliatifs, soins intensifs, maintien à domicile, toxicomanie, centre jeunesse, etc. Il est souhaitable que l'ensemble des omnipraticiens continuent à occuper ces champs de pratique. Nous croyons toutefois que le rôle premier d'un omnipraticien est de prendre en charge une clientèle et d'en assurer le suivi. L'heure est à la réorganisation de la première ligne tel que souligné dans le rapport de la Commission Clair, « Les solutions émergentes ». Une première ligne forte et soutenue permettra aux omnipraticiens d'être les spécialistes de la personne. Sans cette assise, nous assisterons à une fragmentation des soins et il y a fort à parier que la médecine familiale telle que nous la connaissons aujourd'hui disparaîtra. Pour que la médecine familiale puisse continuer à occuper les champs d'activités précités, nous devons, avant tout, réussir le défi de mettre sur pied une première ligne de services médicaux généraux qui sera un véritable filet de sécurité pour notre population à desservir.

Nous sommes donc à la croisée des chemins, nous ne pouvons pas en douter. Plusieurs observations nous amènent à une telle constatation :

- Les besoins grandissants de la population à desservir (1 838 472 résidents et environ 350 000 non résidents) :
  - La population la plus âgée du Québec
  - Des zones de grande pauvreté
  - Le manque de prise en charge des patients
  - Les clientèles vulnérables dont 35 000 patients « orphelins » c.-à-d. sans médecin de famille
  - Des grandes problématiques : la santé mentale, l'itinérance, la polytoxicomanie, le VIH.
- Les problèmes majeurs d'effectifs médicaux en médecine générale à la grandeur du Québec, y compris à Montréal.
- Même si la région de Montréal a de nombreux spécialistes, ce qui pourrait donner l'impression de rendre la tâche plus aisée aux omnipraticiens, il est important de constater que nos collègues ne sont pas exclusivement au service de la population résidente. En effet, entre 25 % et 30 % des services médicaux de premier et de deuxième niveaux offerts par les spécialistes dans les hôpitaux sont utilisés par la population de la périphérie de Montréal.
- La situation dans les salles d'urgence est précaire. Le Ministère et la Régie régionale désirent que l'on fasse les efforts nécessaires pour améliorer le fonctionnement des salles d'urgence.
- La population est en croissance par l'augmentation annuelle nette de 15 000 personnes résidentes sur l'île de Montréal depuis les deux ou trois dernières années.
- Le virage ambulatoire inachevé, la première ligne n'ayant pas été associée à ce changement majeur n'était pas prête à assumer un tel choc.
- L'accès à la prise en charge et au sans rendez-vous sont des services légitimement attendus par la population.
- La première ligne est fortement fragilisée, donc vulnérable : fermeture de cliniques.
- Fragmentation des plages horaires :
  - surtout durant les heures dites défavorables;
  - la moyenne hebdomadaire d'heures d'ouverture par point de services est 56;
  - contribution accessoire des CLSC aux services médicaux généraux ambulatoires d'urgence, surtout en dehors des heures régulières.
- Il y a consensus à l'effet que la première ligne est l'assise du réseau de soins :
  - Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, « Le défi de l'accès », de la Régie régionale
  - Rapport de la firme SECOR de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
  - Mémoire de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal
  - Collège des médecins du Québec
  - Collège des médecins de famille du Canada
  - Conseil médical du Québec

- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux « Les solutions émergentes »
- L'avenir des soins de santé au Canada, Commision Romanow « Guidé par nos valeurs ».

- Le Département régional de médecine générale est responsable des PREM et des PROS. Précisons que désormais, les effectifs médicaux en cabinets et en cliniques font partie du plan d'effectifs.
- Il existe une volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux de réorganiser la première ligne, notamment en soutenant la mise en place des groupes de médecine de famille.

4.3 Les objectifs

- Mettre fin à la fragilisation de notre première ligne
- Respecter les acquis
- Etre visionnaire et s'approprier une mission commune :
  - S'assurer que chacun d'entre nous contribue à l'effort collectif
  - Travailler véritablement en réseau
  - Tisser un véritable filet de sécurité
  - Développer un modèle et favoriser la transition au cours des cinq prochaines années
- Maintenir le cap contre vents et marées
- Décider, agir, évaluer et ajuster
- Faire connaître les besoins.

4.4 Le modèle, la convergence et la transition

4.4.1 Les principes

Le comité de direction du Département régional de médecine générale partage l'objectif de sa régie régionale de maintenir et d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population desservie.

Les principes de base suivants guident notre réflexion :

- Les services médicaux de première ligne sont la porte d'entrée du système de santé.
- Les médecins de famille, en lien avec les autres intervenants du réseau, et conjointement avec leurs patients, sont responsables des soins dispensés comprenant des soins préventifs et curatifs, de réadaptation et palliatifs. Ils sont globaux, continus, accessibles et intégrés.
- Les médecins de famille assurent à leurs patients des soins et services de qualité.
- Les médecins de famille s'assurent de la continuité des soins à leurs clientèles vulnérables et participent aux activités désignées prioritaires par le comité de direction du Département régional de médecine générale auprès de ces clientèles.
- Les médecins de famille sont encouragés à des pratiques polyvalentes, dans une approche de médecine familiale.

- La collaboration entre les professionnels de la santé est un moyen d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.
- L'informatisation du réseau est un objectif à atteindre pour pouvoir offrir des services de qualité continus, efficaces et efficients.

Pour réussir à mieux servir, nous favorisons grandement le regroupement des professionnels de la santé.

4.4.2 Le réseau des points de services de première ligne

- Le réseau est constitué de plusieurs types de points de services :
  - 10 unités de médecine familiale
  - 29 CLSC
  - 175 cliniques
  - 210 cabinets
  - 68 centres d'hébergement et de soins de longue durée et de nombreuses autres ressources d'hébergement
  - 4 centres hospitaliers de soins psychiatriques
  - 3 groupes de médecine de famille en voie d'implantation.
- Il souffre d'un manque flagrant de moyens de communication et présente plusieurs lacunes en ce qui concerne la coordination des services et la mise en commun des énergies au bénéfice de la population.
- Le réseau actuel constitue une base sur laquelle nous devons construire un réseau « nouveau ».
- Nous croyons que nous devons encourager les médecins à faire partie des groupes de médecine de famille. Ceux-ci permettraient d'offrir de meilleurs services à la population tout en limitant les coûts de fonctionnement. Ils bénéficieraient également des outils nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches. Il pourrait y avoir une centaine de ces groupes à Montréal.

4.4.3 Les options

AUJOURD'HUI

- Plusieurs médecins omnipraticiens oeuvrent actuellement en première ligne et pourraient décider de maintenir leur statut actuel concernant l'offre de services de leur lieu de pratique. Nous respectons ce choix.
- Les CLSC constituent un chaînon important du réseau de première ligne. Ils ont une mission particulière. Ils sont très impliqués dans le volet social de la santé et nous y retrouvons de nombreux programmes qui répondent aux besoins des patients. Nous croyons toujours à la consolidation des services médicaux de type multidisciplinaire dans les CLSC avec une approche globale et en collaboration avec les médecins traitants. Soulignons notamment leur rôle de chef de file dans le domaine du maintien à domicile. Contrairement aux cabinets et cliniques, ils bénéficient de liens formels et efficaces avec les autres établissements publics du réseau de la santé. Soulignons que plusieurs unités de médecine familiale se retrouvent en CLSC.

  Les cabinets et cliniques médicales constituent près de 400 points de services médicaux généraux. Plusieurs offrent un panier de services étendu avec des spécialistes et autres professionnels de la santé. De plus, on y retrouve fréquemment de nombreux équipements diagnostiques tels que : la radiologie, le centre de

prélèvements et l'ECG. Ils constituent également un chaînon très important de la première ligne à Montréal et nous comptons sur eux pour continuer à servir la population.

DEMAIN

- Nous ne saurions envisager l'avenir de façon sereine sans compter sur les cabinets, les cliniques et les CLSC existants. Ces points de services existent depuis nombre d'années et ont répondu, au meilleur de leur capacité, aux besoins changeants de la clientèle. Plusieurs omnipraticiens pourraient décider d'aller plus loin et d'explorer de nouvelles avenues, celles-ci étant les groupes de médecine de famille et les cliniques de médecine familiale réseaux (cliniques pivots).

Les Groupes de médecine de famille (GMF)

Le comité de direction du Département régional de médecine générale favorise le regroupement des médecins et, en ce sens, le GMF constitue une avenue. Selon lui, voici ce que devrait être un GMF à Montréal : un GMF est formé de suffisamment de médecins omnipraticiens pour offrir une gamme de services définis dans une approche de soins personnalisés. Un nombre majoritaire de médecins ont leur activité principale dans le groupe et en constituent le noyau de base : ils assurent à leur clientèle une organisation de soins et services globaux et continus. Nous favorisons une entente mutuelle de responsabilité et de fidélisation de part et d'autre, patient et médecin traitant et son groupe. Une attention particulière doit être portée à la clientèle vulnérable qui est définie et bien identifiée : elle comprend les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes avec des problèmes graves de santé mentale, avec maladies complexes et chroniques, les patients requérant des soins palliatifs. Cette clientèle est fréquemment inscrite au programme de service et de maintien à domicile du CLSC (voir le document d'orientation sur les GMF à l'annexe 2).

Pour ce qui est de la gamme de services de première ligne, le groupe œuvre en collaboration avec d'autres professionnels de la santé et offre des services de promotion et de prévention ainsi que des services curatifs et palliatifs. Idéalement, l'étendue des services offerts correspond à tous ceux requis par une population tout au long de sa vie. Les services sont accessibles tous les jours de la semaine (7 jours sur 7) avec et/ou sans rendez-vous. Le groupe assure une organisation de services pour répondre de façon quotidienne aux besoins urgents de ses patients. Ainsi, pour assurer l'accessibilité des soins à sa clientèle, le groupe peut participer au réseau d'accessibilité avec les autres professionnels de sa région. Le groupe assure des consultations médicales à domicile et participe à la garde en disponibilité pour les personnes à domicile en perte sévère d'autonomie, fragilisées ou qui nécessitent des soins palliatifs.

Les médecins du groupe travaillent dans une approche de collaboration avec des infirmières et autres professionnels de la santé : travailleurs sociaux, diététistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, pharmaciens, etc. Les infirmières travaillent dans le GMF sous la supervision et la coordination des médecins. Elles participent aux activités d'éducation, de prévention, de prise en charge de problèmes de santé complexes et de gestion de cas. Elles coordonnent les activités de liaison avec les services de deuxième ligne, les CLSC et les autres établissements. Le groupe de médecine de famille établit un mécanisme d'évaluation de la qualité et de l'efficacité de l'organisation de ses services à sa clientèle. Le groupe de médecine de famille doit s'intégrer au plan régional d'organisation des services médicaux généraux de son Département régional de médecine générale.

Le Ministère désire mettre en place les GMF et a édicté plusieurs principes et conditions de base permettant de faire une demande d'accréditation (voir document synthèse du Ministère à l'annexe 3) :

- L'inscription de tous les patients est un élément fondamental du GMF
- La disponibilité 24h/7j pour la clientèle vulnérable du GMF
- L'entente signée par tous les médecins participants du GMF
- Le protocole d'entente signé entre le GMF et le CLSC
- La convention signée entre la Régie régionale et le GMF
- C'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui accredite un GMF, autorise l'aide technique et financière et transmet les budgets affectés au GMF à la Régie régionale qui en assure le suivi.

Les Cliniques de médecine familiale réseaux, dites pivots

Malgré ses 29 CLSC, ses 175 cliniques, ses 10 unités de médecine familiale, ses 210 cabinets et ses 3 GMF en voie d'implantation qui offrent tous des services adaptés, dans la mesure du possible, aux besoins de leurs patients, nous constatons toutefois que nous faisons face à une diversité de plages horaires et qu'il est difficile de s'y retrouver. De plus, il nous apparaît évident que même avec des entités bien structurées comme les GMF, il est illusoire et inutile d'envisager que tous ces points de services qui regroupent des médecins et autres professionnels de la santé seront ouverts durant de longues heures et ce, 365 jours par année. Dans certaines sous-régions, plusieurs plages horaires ne sont pas couvertes.

Nous pouvons facilement imaginer qu'un jour il y aurait 100 regroupements de médecins bien organisés. Idéalement, chaque groupe devrait offrir des services globaux et continus à la clientèle et prévoir un minimum d'activités cliniques pour les cas urgents les jours de fin de semaine et les jours fériés. Malgré cela, il y aura toujours des patients orphelins, des médecins non disponibles et des plages horaires dites défavorables. Il nous apparaît donc important de mettre sur pied un véritable réseau d'accessibilité constitué d'environ 40 cliniques de médecine familiale réseaux (pivots) parmi nos points de services. Ces points de services seraient surtout des cliniques médicales, déjà en plus grand nombre et offrant actuellement la très grande majorité des services en heures défavorables. Les CLSC et les GMF pourraient évidemment participer à ce réseau d'accessibilité et être reconnus comme l'un de ces points.

L'objectif est donc d'avoir 40 cliniques de médecine familiale réseaux, soit un ration d'une clinique pour 50 000 de population, qui seraient ouvertes en sans rendez-vous de 8 h à 21 h, 365 jours par année. Ce réseau constituerait un véritable filet de sécurité qui rendrait des services à la population et aux autres points de services de première ligne. Nous sommes également convaincus qu'un tel réseau permettrait aux salles d'urgence de mieux fonctionner et le panier de services spécialisés ainsi que l'expertise qu'on y retrouve seraient mieux mis à profit. Il ne s'agit pas toutefois de mettre sur pied des établissements spécialisés en sans rendez-vous.

Rappelons que le comité de direction du Département régional de médecine générale et la Régie régionale de Montréal, le Ministère et la Commission Clair ont pour objectif de favoriser l'accès au médecin de famille et la prise en charge par un médecin traitant. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal et le Collège des médecins du Québec abondent dans le même sens.

Le sans rendez-vous est un service attendu et très utile à la population mais ne doit pas constituer l'assise de la pratique de la médecine familiale. Nous croyons que dans tous les points de services médicaux généraux, la majorité des médecins devraient y avoir leur activité principale et que la grande majorité des activités cliniques devraient être consacrées au suivi de la clientèle avec rendez-vous, non pas uniquement pour un épisode de soins mais aussi pour des activités de prévention, de suivi régulier et d'examen périodique tout au long d'une vie. Une attention particulière devrait également être portée aux clientèles vulnérables. D'ailleurs, ces cliniques réseaux assumeraient la prise en charge de leurs clientèles vulnérables qui seraient clairement identifiées et inscrites auprès de leur médecin traitant à l'intérieur du groupe. Il se doit d'en être ainsi pour nos futures cliniques de médecine familiale réseaux.

Ces cliniques réseaux devraient signer une entente de service avec la Régie régionale par son Département régional de médecine générale. Le panier de services et les heures d'ouverture y seraient précisés. Puisque pour la très grande majorité de ces cliniques, cela supposerait un allongement des heures d'ouverture pouvant aller jusqu'à 50 %, il y aurait un soutien administratif accordé par la Régie régionale. De plus, suite à la signature du contrat, ces cliniques seraient reliées au Réseau de télécommunication sociosanitaire pour une meilleure circulation de l'information (ex. : analyses de laboratoire et rapports de consultation).

Le plateau technique

Dans la région montréalaise, il est difficile voire impossible d'obtenir une simple formule sanguine en après-midi de semaine ou une échographie d'urgence à moins que le patient décide de payer les frais requis en clinique privée. La grande majorité de ces cas se retrouvent donc à l'urgence. Nous proposons qu'il y ait des centres de prélèvements urgents avec l'équipement nécessaire pour en faire l'analyse dans ces cliniques réseaux. De plus, il devrait y avoir à Montréal, environ 8 à 10 de ces 40 cliniques équipées de l'échographie. Elles existent déjà dans le réseau privé, et un contrat de service pourrait être signé avec la Régie régionale pour un certain nombre d'échographies urgentes qui deviendraient donc assurées par le système public. Ainsi, la première ligne serait bien préparée à assumer ses responsabilités et la population serait mieux servie, autant en première qu'en deuxième lignes.

Nous croyons qu'un tel réseau ne serait pas uniquement utile mais il est nécessaire à la mise sur pied d'une première ligne forte, surtout dans une région de l'envergure de Montréal. Pour de plus amples informations, voir le document « Un réseau d'accessibilité aux services médicaux généraux en heures défavorables via des cliniques de médecine familiale réseaux, dites pivots » à l'annexe 4.

La mise en chantier

Le processus d'implantation des GMF est déjà amorcé depuis plusieurs mois. En décembre 2002, nous comptions trois GMF en devenir : Verdun, Des Faubourgs – Notre-Dame et Notre-Dame – Des Faubourgs (ces deux derniers auront une offre de services commune). Une deuxième cohorte s'annonce; le 2 décembre 2002, cinq nouveaux groupes ont manifesté de l'intérêt.

Pour ce qui est des cliniques de médecine familiale réseaux, nous pourrions envisager dès le début de l'an 2003 de faire une rencontre avec environ une trentaine de cliniques de grande importance à Montréal et de leur présenter notre modèle organisationnel. S'en suivrait, si tout va bien, l'implantation de 12 à 15 de ces cliniques sur tout le territoire en 2003. La subvention annuelle requise et récurrente pour couvrir les frais d'opération de

ces cliniques se situerait autour de 1,5 à 2 M$. Nous pourrions continuer leur implantation, au même rythme, au cours des deux années subséquentes. Précisons de plus que la subvention annuelle récurrente pour le plateau technique au sein de ces 40 cliniques qui assureront l'accessibilité aux prélèvements d'urgence (idéalement 40) et aux échographies d'urgence (probablement 8 à 10) se situait aux environs de 5,5 M$. Il y aurait donc des coûts supplémentaires inhérents à l'implantation des premières cliniques selon l'ampleur du plateau technique offert.

La mise sur pied des plateaux techniques au sein des points de services pivots nécessitera une planification sérieuse et pourrait prendre quelques années. Elle évoluera au rythme de la mise en fonction des points de services réseaux. Il y a des besoins urgents qui ne peuvent attendre et l'un d'eux est l'accès au plateau technique demandé depuis de nombreuses années. Ce plateau doit être accessible maintenant ! Il faut être prudent et ne pas engendrer des coûts de transition.

4.5 Conditions de réussite

- Le comité de direction du Département régional de médecine générale demeure le maître-d'œuvre du plan régional d'organisation des services médicaux généraux.
- La Direction des affaires médicales et universitaires agit en support au Département régional de médecine générale.
- La Commission médicale régionale est un véritable partenaire au cours de l'actualisation du Plan régional d'organisation des services médicaux généraux.
- Nous devons et désirons construire sur les acquis; nous pensons évolution plutôt que révolution.
- Il faut éviter l'improvisation et la précipitation mais nous devons avancer.
- Nous devons respecter les intérêts personnels ainsi que les impératifs administratifs et financiers.
- Les membres du Département régional de médecine générale doivent être consultés ainsi que plusieurs autres partenaires.
- Flexibilité et transition sont des mots clés.
- Nous devons éviter le piège de la bureaucratisation et de l'encadrement qui devient contre-productif.
- Nous devons être supportés par le Ministère et la Régie régionale, les fédérations et le Collège des médecins du Québec. Il y a urgence d'agir et de maintenir une volonté de supporter un tel projet à long terme.

4.6 Résumé

Montréal est une grande ville et sa population a de grands besoins. Le modèle organisationnel proposé respecte les acquis mais propose des ajouts à notre réseau de première ligne. Les orientations sont claires, la prise en charge est au cœur de notre réflexion avec une attention particulière pour les clientèles vulnérables et les patients « orphelins ». Nous désirons avoir un effet catalyseur du changement et assurer un rôle de coordonnateur du réseau. Nous favorisons et encourageons la transition et sommes convaincus qu'en 2007, le visage de la première ligne à Montréal pourrait être tout autre. Nous pourrions en être très fiers.

5. DÉFINITION DES SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

La définition retenue ici décrit les lignes de services (1re et 2e lignes) qui se réfèrent à l'organisation du système de santé et au cheminement du patient à l'intérieur de celui-ci. Elle s'inspire de la définition du Conseil médical du Québec.

Les services médicaux de première ligne sont la porte d'entrée du système de santé. Ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques. Ils s'adressent à une population vivant à domicile ou dans un milieu réputé être son domicile lors de tout nouvel épisode de soins ou dans le contexte d'un suivi périodique. Ils ont les caractéristiques suivantes :

- **l'accessibilité (24 heures/7 jours, délai raisonnable, milieu de vie des gens)**
- **la globalité (solutions à un vaste éventail de problèmes de nature préventive, diagnostique, curative, de réadaptation et palliative)**
- **la continuité (suivi régulier)**
- **l'homogénéité (services comparables de même qualité durant les heures normales ou défavorables et en tout milieu).**

Les médecins omnipraticiens sont les mieux outillés pour assurer le rôle d'intégrateur en première ligne et assurer le suivi des patients. Les médecins de deuxième ligne et de troisième ligne retournent les patients qui leur ont été référés, une fois l'objectif de référence atteint, et pour lesquels il est indiqué d'assurer le suivi à ce niveau dans le respect des compétences mutuelles.

La médecine de première ligne favorise la pratique de groupe, un réseau intégré d'accessibilité à des soins courants et un réseau de garde intégré pour les services d'urgence hors hospitaliers. Les services de première ligne sont dispensés en groupe de médecine de famille, en cliniques de médecine familiale réseaux, en cabinets, en CLSC, dans les services des urgences des centres hospitaliers, en centres de santé, à domicile, en milieu de travail, dans les institutions d'enseignement, en centres de réadaptation, en centres d'hébergement et de soins de longue durée et autres milieux d'hébergement.

L'accès à des services médicaux de première ligne se fait à la demande directe des patients (à l'exception des centres de réadaptation et des centres d'hébergement et de soins de longue durée).

5.1 Champs d'exercice de la première ligne

- Soins médicaux courants dans les cabinets médicaux, cliniques médicales, unités de médecine familiale ou CLSC :
  - consultations médicales avec rendez-vous
  - consultations médicales sans rendez-vous y compris en heures défavorables
  - consultations médicales à domicile
- Programmes spécifiques faits en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et en CLSC
- Urgences-santé, salles d'urgence des hôpitaux

- Centres d'hébergement et de soins de longue durée et autres milieux d'hébergement : soins courants aux patients admis ou inscrits, garde en disponibilité
- Milieu carcéral
- Activités médico-administratives
- Activités d'enseignement.

6. DÉFINITION DES SERVICES MÉDICAUX DE DEUXIÈME LIGNE OÙ OEUVRENT LES OMNIPRATICIENS

Les services médicaux de deuxième ligne permettent de résoudre les problèmes complexes de santé. Ils sont des services surtout spécialisés de santé qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue. Ils ont comme principales caractéristiques :

- l'accessibilité sur référence;
- la spécificité des services concernant des domaines particuliers nécessitant l'infrastructure d'un établissement ou des équipements spéciaux;
- le caractère ponctuel des services, c'est-à-dire qu'une fois l'objectif de la référence atteint, les patients sont retournés en première ligne, s'il est indiqué d'assurer le suivi à ce niveau, dans le respect des compétences mutuelles;
- les principaux dispensateurs sont l'ensemble des médecins spécialistes, mais on retrouve aussi des omnipraticiens impliqués en milieu hospitalier (obstétrique, gériatrie, salle d'urgence, soins palliatifs, toxicomanie, santé publique);
- les services sont généralement dispensés en établissement de deuxième ligne : centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, centres de réadaptation, centres hospitaliers de soins psychiatriques, mais aussi parfois en cabinets et en polycliniques[4].

6.1 Champs d'exercice des omnipraticiens qui œuvrent en deuxième ligne

- Certaines activités faites en cabinets ou en cliniques par les médecins omnipraticiens[5].
- Certaines activités faites en établissements par les médecins omnipraticiens :

  En centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, centres hospitaliers universitaires, centres affiliés universitaires, instituts :
  - soins aux malades admis ou aux cliniques externes
  - soins intensifs ou coronariens
  - gériatrie
  - soins palliatifs

4 Pour respecter la réalité montréalaise, l'on se doit de reconnaître que des médecins omnipraticiens dispensent en cabinets des services spécialisés de 2e ligne pour certaines problématiques spécifiques (ex. : VIH, méthadone, toxicomanie).

5 Idem

- obstétrique
- psychiatrie
- assistance chirurgicale
- pédiatrie et périnatalité
- toxicomanie
- santé publique.

En centres hospitaliers de soins psychiatriques, centres de réadaptation :
- soins courants aux patients admis ou inscrits, garde en disponibilité.

- Système de garde en disponibilité dans ces établissements
- Activités médico-administratives
- Activités d'enseignement.

C
Caractéristiques de la population du territoire de Montréal et déterminants de la santé

Avant de proposer un plan d'organisation des services médicaux généraux pour les trois prochaines années, nous nous sommes attardés à bien connaître les caractéristiques démographiques de notre région. Nous avons ensuite ciblé des sphères de services précises, procédé à l'analyse des services médicaux qu'on y retrouve et proposé des correctifs au besoin. De cet exercice découle le plan des effectifs médicaux et les priorités à retenir quant aux activités médicales particulières.

Plusieurs documents alimentent notre réflexion dont les trois derniers rapports annuels de la direction de santé publique de Montréal : Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé (2000), Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais (2001), La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal (2002).

Montréal est une très grande ville et les problèmes de santé de sa population sont à sa mesure. Les ressources financières, techniques et professionnelles affectées à la santé se font rares malgré un budget annuel d'environ quatre milliards de dollars, ses 141 établissements avec, ses 380 points de services de première ligne privés, ses 2 000 omnipraticiens dont 1 800 en pratique active et près de 3 300 spécialistes.

Au fil des ans, il s'est créé un équilibre fragile dans l'offre de services médicaux entre la première et la deuxième ligne, les cabinets et les CLSC, les services en établissements de courte durée et ceux de longue durée. Aussi, nos recommandations doivent tenir compte du maintien de cet équilibre entre les différents points de services tout en visant l'amélioration des services médicaux.

La population résidente de Montréal est de 1 838 472. Nous allons rapidement en décrire les caractéristiques. Pour plus d'informations, nous vous invitons à lire le rapport annuel 2002 de la direction de santé publique[6].

La population montréalaise, comparée à celle du Québec et des autres grandes villes du Canada, est plus âgée. En effet, 15 % de sa population a plus de 65 ans, soit environ 270 000 personnes, alors que ce taux est de 11 % pour le Québec. Elle est plus pauvre et moins scolarisée. Il y a un taux important d'immigration qui se traduit par un ajout net de 25 000 personnes par année. Phénomène récent depuis trois ans, il faut noter une croissance nette d'environ 15 000 personnes par année à Montréal.

Montréal compte 30 % de familles monoparentales. Vingt mille (20 000) personnes fréquentent les ressources pour personnes itinérantes, dont 12 000 sans domicile fixe. Tous les cinq ans, 20 % de la population montréalaise se renouvelle. La ville est une mosaïque socioculturelle.

Des inégalités sociales sont constatées selon les sous-régions de résidence et génèrent des impacts socio-sanitaires notables. Il y a un véritable clivage socioéconomique entre les trois sous-régions du Nord-Ouest (Ouest, Nord et Centre-Ouest) et celles du Sud-Est (Est, Centre-Est et Sud-Ouest). Le revenu des individus a également

6 | Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de santé publique. Rapport annuel 2002 sur la santé de la population montréalaise. La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal. 2002

un impact significatif. Citons, par exemple, que l'espérance de vie varie de presque sept ans selon qu'un homme a un faible revenu ou un revenu élevé.

Nous remarquons encore les effets néfastes du tabagisme. La mauvaise alimentation, la sédentarité et l'excès de poids continuent à miner notre santé. Les maladies sont le juste reflet de nos habitudes de vie : à Montréal, le taux de mortalité dû aux cardiopathies ischémiques était de 40 % plus élevé qu'à Vancouver.

De plus, Montréal doit faire face à des problématiques particulières. Entre autres, nous notons :

- Des sources de pollution multiples et croissantes
- Le changement de climat et les vagues de chaleur intense
- L'asthme en progression et les facteurs environnementaux
- Le VIH, infection de l'urbanité et de la pauvreté
- L'hépatite C dont la transmission du virus se fait à un rythme rapide chez les usagers de drogues par injection
- La toxicomanie
- La recrudescence des infections transmises sexuellement. En effet, il y a eu une augmentation de 50 % de nouveaux cas enregistrés entre 1998 et 2001, surtout la gonorrhée et la chlamydia
- La tuberculose est toujours un enjeu actuel, un relâchement de la vigilance serait commettre une erreur.

Il y a 35 000 personnes vulnérables, âgées et fragilisées qui sont sans médecin traitant identifiable. Ces personnes doivent s'adresser aux médecins des salles d'urgence de façon répétitive pour l'accès à des services médicaux. Il devrait en être autrement.

Outre la prise en charge de la population montréalaise, environ 300 000 personnes de la périphérie viennent chercher leurs soins médicaux généraux sur l'île de Montréal et ainsi ajouter à la tâche des omnipraticiens d'environ 15 %.

D
Enseignement et recherche

Montréal est une région universitaire. Les réseaux universitaires de l'Université de Montréal et de McGill demandent la participation de plusieurs omnipraticiens à la tâche de l'enseignement aux étudiants en médecine.

Ces médecins omnipraticiens travaillent dans les unités de médecine familiale mais ils assurent également un enseignement dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et les instituts auprès des patients hospitalisés dans les départements tels que la gériatrie, les soins prolongés, les soins palliatifs, les unités d'hospitalisation de courte durée et à l'urgence. Ces unités de médecine familiale se retrouvent en milieu hospitalier et dans certains CLSC, ce qui présente l'avantage de pouvoir sensibiliser les étudiants à deux milieux de pratique différents. Certains médecins omnipraticiens travaillent aussi à Urgences-santé et y font de l'enseignement.

Quant à la recherche, il y a un nombre moins important de médecins omnipraticiens qui y travaillent et ils se retrouvent surtout dans les domaines divers, notamment dans la prévention, la transformation des pratiques et des organisations de services et leur évaluation.

E
Nos priorités

1. OBJECTIF GÉNÉRAL

Mettre sur pied un réseau intégré de services médicaux de première ligne, accessible 365 jours par année, assurant des soins globaux, la prise en charge et la continuité pour l'ensemble de la population à desservir, en favorisant et supportant le regroupement des ressources médicales.

Conditions de réalisation

- Stratégie d'information, de consultation et de mobilisation :
  - discussion des objectifs du plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux avec les omnipraticiens du territoire
  - mobilisation et implication des omnipraticiens
  - responsabilisation de tous les omnipraticiens du territoire;
- Mise en place de l'accès aux ressources diagnostiques et aux consultations spécialisées dans les délais nécessaires pour répondre aux exigences de leur rôle clinique;
- Mise en place du réseau d'information et de communication entre les partenaires du réseau;
- Financement des regroupements et engagement des ressources professionnelles et administratives;
- Finalisation de la négociation des ententes sur la rémunération des médecins pour les activités cliniques de prise en charge et les activités en heures défavorables;
- Responsabilité de tous les partenaires du réseau;
- Cadre et conditions d'exercice favorable.

Plan d'action

Favoriser et supporter les omnipraticiens désirant se regrouper selon les modèles d'organisation proposés.

Favoriser la collaboration entre les diverses organisations médicales pour un réseau intégré d'accessibilité.

Développer dans chacune des sous-régions des cliniques avec un plateau technique complet qui seront des points de services accessibles pour l'ensemble des omnipraticiens et de leurs patients de la sous-région.

Développer des ententes de services entre tous les points de services médicaux généraux et leurs partenaires du réseau (professionnels des CLSC, centres de soins ambulatoires des hôpitaux, cliniques radiologiques, ressources médicales spécialisées) facilitant l'accès pour leurs patients à toutes les ressources nécessaires.

Indicateurs de performance

- Inventaire des services disponibles par sous-région;
- Nombre de regroupements réalisés;
- Nombre de patients desservis;
- Nombre de patients en attente et délais d'attente;
- Délais d'attente pour les ressources diagnostiques, les consultations spécialisées et les ressources professionnelles;
- Satisfaction des usagers;
- Efficience des services (analyse de coût-bénéfice).

2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Assurer la prise en charge, dans une perspective de complémentarité avec le réseau, des clientèles vulnérables en perte d'autonomie due au vieillissement ou à une maladie chronique ou à une maladie terminale et ce, dans chacune des sous-régions.

Conditions de réalisation

- La mobilisation des omnipraticiens à la prise en charge de leurs clientèles vulnérables et des clientèles dites orphelines, c.-à-d. sans médecin traitant;
- Le développement dans toutes les salles d'urgence d'un processus d'identification des clientèles nécessitant un suivi systématique en raison de leur maladie chronique (MPOC, insuffisance cardiaque, etc.) ou de leur maladie terminale;
- L'identification dans les salles d'urgence des clientèles dites orphelines et des personnes âgées à risque de perte d'autonomie par l'utilisation des outils de dépistage connus et validés;
- L'engagement, dans les salles d'urgence, d'infirmières au suivi systématique des personnes âgées en perte d'autonomie et à risque de perte d'autonomie. Ces infirmières devront assurer la liaison avec les médecins traitants ou vers les ressources disponibles à la prise en charge des clientèles vulnérables sur le territoire de la sous-région;
- La mise en place du réseau d'information et de communication entre les partenaires;
- La finalisation des ententes de rémunération pour la reconnaissance des activités cliniques auprès des clientèles vulnérables;
- La finalisation des ententes entre les points de services médicaux généraux et les professionnels du réseau, pour un réseau intégré de soins et services auprès de cette clientèle.

Plan d'action

Établir, dans les regroupements cliniques, les ressources professionnelles nécessaires au suivi des clientèles vulnérables en lien avec le réseau.

Identifier ou inscrire les clientèles vulnérables dans les regroupements cliniques.

Finaliser la mise en place de la garde infirmière et médicale 24/7 pour les patients maintenus à domicile et associés aux centrales 24/7 des services Info-Santé CLSC.

Concevoir, favoriser et supporter les activités de formation médicale continue pour le développement et le maintien de la compétence des omnipraticiens en regard des pathologies chroniques, des problématiques du vieillissement de la population et des soins palliatifs.

Créer l'accessibilité en tout temps à la consultation avec des collègues omnipraticiens ou spécialistes identifiés et possédant l'expertise dans ces champs d'activité.

Indicateurs de performance

- La diminution des visites à l'urgence des clientèles maintenus à domicile;
- La diminution des clientèles vulnérables sans médecin traitant identifié;
- Le nombre de patients en soins palliatifs décédés à domicile;
- La satisfaction de la clientèle;
- La satisfaction des intervenants.

Mettre en place l'organisation des services médicaux de première ligne pour les clientèles avec problèmes de santé mentale, dans un modèle de soins partagés entre les omnipraticiens et les équipes spécialisées en psychiatrie, pour un réseau intégré de soins continus en psychiatrie dans chacune des sous-régions du Département régional de médecine générale.

Conditions de réalisation

- La consolidation des équipes de base en santé mentale dans les CLSC;
- L'accès pour les médecins omnipraticiens aux équipes spécialisées en psychiatrie;
- Une liaison efficace entre les équipes de base en santé mentale et les équipes spécialisées en psychiatrie;
- Des protocoles d'entente entre les omnipraticiens et les psychiatres précisant le plan de traitement et d'intervention détaillé du psychiatre pour le patient, l'accessibilité en tout temps à la consultation téléphonique pour l'omnipraticien ou à l'accès rapide pour le patient à une réévaluation par le psychiatre, les modalités de la réévaluation périodique du patient par le psychiatre, les modalités de la continuité de soins par l'omnipraticien pour les patients qu'il a référés au confrère psychiatre;
- La mise en place d'une garde en psychiatrie pour le réseau intégré, de 8 h à 21 h, sept jours par semaine;

- La finalisation des ententes de rémunération pour la reconnaissance des activités cliniques auprès de ces clientèles;
- Des ententes de rémunération pour la reconnaissance des activités cliniques auprès des clientèles en psychiatrie;
- L'accès pour l'omnipraticien à la mise à jour des connaissances en psychiatrie.

Plan d'action

Créer avec les équipes spécialisées en psychiatrie le modèle de soins partagés en santé mentale.

Établir, dans chacune des sous-régions, les ententes avec les équipes spécialisées en psychiatrie pour la mise en place du réseau intégré.

Diffuser aux omnipraticiens le modèle de soins partagés en santé mentale.

Concevoir les activités de formation médicale continue en santé mentale.

Intégrer les pratiques cliniques préventives dans l'exercice médical courant.

Plusieurs problèmes caractérisent l'état de santé et de bien-être de la population, pour lesquels une action de prévention est possible, efficace et rentable.

Rappelons que le capital santé de la population montréalaise peut être lourdement hypothéqué par un ensemble de comportements et d'actions que les individus adoptent de façon régulière. Les principales habitudes de vie ayant un impact sur la santé sont la consommation de tabac, l'activité physique et les habitudes alimentaires, les comportements relatifs à la vie sexuelle, l'usage de drogues et d'alcool.

Des maladies chroniques secondaires qui en résultent telles les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et les cancers, qui sont parmi les causes les plus fréquentes de mortalité et de morbidité autant chez les hommes que les femmes, sont pourtant évitables.

Par ailleurs, plusieurs pratiques préventives sont reconnues efficaces. Elles permettent d'intervenir avant l'apparition des problèmes pour ainsi réduire la morbidité et la mortalité évitables. La prévention vise la réduction des problèmes de santé et des problèmes sociaux par une action sur les facteurs de risque et de vulnérabilité. La promotion de la santé et du bien-être vise plutôt à renforcer les facteurs de protection par des actions qui misent sur le potentiel des personnes et des groupes.

Diverses stratégies sont utilisées par les cliniciens pour appliquer ces pratiques préventives auprès des personnes, comme : mettre l'accent sur le développement des habiletés personnelles pour l'adoption de comportements favorables à la santé et au bien-être, par l'éducation à la santé et le counselling (ex. la cessation tabagique), procéder à un dépistage lorsque requis (ex. dépistage du cancer du sein) et intervenir par des mesures de protection spécifiques (ex. la vaccination).

Cependant, dans le cadre des pratiques courantes, ces stratégies font appel à des habiletés qui ne sont pas nécessairement maîtrisées par tous d'où la nécessité d'outiller et de former les cliniciens. La prévention des aspects

psychosociaux est aussi un champ à consolider.

Les préoccupations d'intégration des aspects préventifs et de promotion de la santé dans les pratiques cliniques doivent s'inscrire dans la perspective de l'organisation des services médicaux de première ligne. C'est une orientation clairement énoncée dans tous les rapports récents sur la réorganisation du système de santé (Commission Clair, Rapport Romanow, plan de relance du Ministère). Elle se concrétise dans de nouveaux modes d'organisation de services, notamment les groupes de médecine de famille et les cliniques de médecine familiale réseaux, qui seront un terreau fertile pour sa consolidation.

Le défi consiste à outiller et former les médecins omnipraticiens, les CLSC ainsi que les médecins de certaines spécialités pour renforcer, dans leurs interventions cliniques, les activités de dépistage, d'éducation à la santé et de mesures de protection.

Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- Poursuivre les activités de soutien pour l'intégration et le maintien des pratiques cliniques préventives dans les groupes de médecine de famille et autres types de pratiques par l'élaboration et la consolidation d'outils cliniques pratiques à l'intention des patients, des infirmières et des médecins;
- Poursuivre les activités de formation et d'information qui visent le transfert des connaissances des pratiques cliniques préventives auprès des médecins par un programme de type prévention en pratique médicale;
- Poursuivre des activités de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire auprès des équipes multidisciplinaires des CLSC par des programmes tels que celui «Au cœur de la vie»;
- Plus spécifiquement, pour les maladies infectieuses, collaborer à désigner six points de services de post-exposition en première ligne pour l'évaluation, le suivi et la prise en charge des patients et des contacts, soit une clinique médicale, un groupe de médecine de famille ou une clinique de médecine familiale réseaux et un CLSC responsables par sous-région.

F
Plan régional d'effectifs médicaux de Montréal

1. LA POPULATION ET SA VILLE

- 1 817 178[7] (1 838 472 habitants, juillet 2001)[8]
- Augmentation de 15 000 personnes par année
- 24,4 % de la population du Québec
- 324 436 personnes de la périphérie du bassin de desserte
  - déplacements pour le travail et les études
  - déplacements pour des soins médicaux
- 15 % de la population est âgée de 65 ans et plus
  - 270 000 personnes
  - contre 11 % pour l'ensemble du Québec
- Milieu d'expertise médicale et d'enseignement
  - universités
  - deux facultés de médecine
- Services médicaux : généraux, spécialisés, ultra et supraspécialisés
- Mosaïque socioculturelle
- Grandes problématiques
  - VIH
  - pauvreté
  - itinérance
  - immigration
- Pôle d'attraction
  - culturel
  - affaires et congrès
  - tourisme.

7 MSSS, Données et indicateurs pour la région de Montréal-métro, 2001
8 Institut de la statistique du Québec, Bulletin des données sociodémographiques en bref, février 2002

2. LES OMNIPRATICIENS DE MONTRÉAL EN 2000-2001

Le concept équivalent temps plein (ETP) est la référence nationale de mesure des activités médicales. Il reflète le niveau d'activité de l'omnipraticien et remplace d'anciens concepts moins rigoureux, comme le nombre de médecins qui exercent sur un territoire, dits médecins installés (50 % de la facturation dans une région) et le facteur rémunération, qui ne reflète pas, quantitativement, les activités d'un médecin.

2.1 La consommation des services médicaux

- La consommation des habitants de Montréal en omnipraticien ETP = 1 600[9] (1 690,05)[10]

  Le calcul de la consommation se fait en cumulant les coûts ajustés pour l'ensemble des services rendus à la population qui réside sur un territoire. Ces coûts sont ensuite divisés par le revenu moyen des médecins actifs (après ajustement des tarifs) afin d'établir le nombre de médecins ETP qui correspond à cette consommation[11].
  - CHSGS = 614,3
  - Cabinet = 748,9
  - CLSC = 174,3
  - Autres = 62,62

- Le facteur de pondération selon l'âge, le sexe et la situation socioéconomique de la population = 1,08[12] (équivalent d'une augmentation de 147 078 personnes). Cet indice est la moyenne pondérée de consommation des résidants d'un territoire. Par exemple, un indice de 1,2 signifie que la consommation attendue de la population d'un territoire est de 20 % supérieure à la moyenne provinciale uniquement en raison des critères d'âge, de sexe et de condition socioéconomique, tels que mesurés par les indicateurs de pauvreté matérielle et sociale. Rappelons que cet indicateur sert ensuite à établir le niveau de consommation attendue.[13]

- La consommation attendue des habitants = 1 793 omnipraticiens ETP

  La consommation attendue de la population d'un territoire est celle qu'elle serait si son profil de consommation était le même que celui observé à l'échelle du Québec chez les personnes présentant les mêmes caractéristiques démographiques et socioéconomiques. La consommation attendue est directement liée au facteur de pondération selon l'âge, le sexe et la situation socioéconomique. La consommation attendue de la population d'un territoire est plus élevée que la moyenne provinciale lorsque ce facteur est supérieur à 1.
  - CHSGS = 728
  - Cabinet = 815,6
  - CLSC = 207,7
  - Autres = 45,99

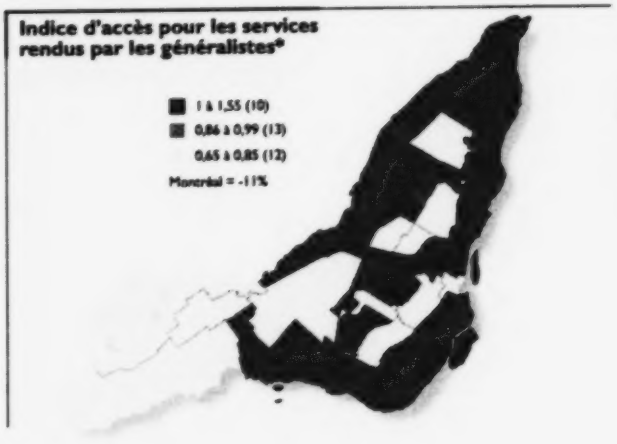
9 MSSS. Données et indicateurs pour la region de Montréal-métro. 2001
10 FMOQ. Des omnipraticiens à la grandeur du Québec, région 06, juillet 2002
11 MSSS. Plan de l'effectif médical en omnipratique, février 2002
12 MSSS. Données et indicateurs pour la région de Montréal-métro. 2001
13 MSSS. Plan de l'effectif médical en omnipratique, février 2002

Cette consommation attendue est inférieure à celle de l'ensemble de la population et ne comprend pas les besoins totaux en éducation et en santé publique.

2.2 L'indice d'accès aux services

▸ L'indice d'accès aux services d'omnipratique = 0,89[14]

C'est le rapport entre la consommation de la population d'un territoire et sa consommation attendue. La valeur de référence de l'indice d'accès est de 1. Une valeur de 1 signifie que la population d'un territoire consomme une quantité de services comparable à la moyenne pondérée de l'ensemble des citoyens du Québec, donc que sa consommation réelle est égale à sa consommation attendue[15].



* L'indice est calculé par rapport à la consommation (ajustée âge et sexe) de l'ensemble du Québec.

Source: Plan de l'effectif médical en omnipratique. Données comparatives et indicateurs. Direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS, février 2002

▸ L'indice d'accès pour les services rendus par les spécialistes = 1,29

* L'indice est calculé par rapport à la consommation (ajustée âge et sexe) de l'ensemble du Québec.

Source: Plan de l'effectif médical en omnipratique. Données comparatives et indicateurs. Direction générale des affaires médicales et universitaires, MSSS, février 2002

L'indice d'accès est supérieur à l'est et au centre de l'île en ce qui concerne les soins rendus par les omnipraticiens et les spécialistes.

14 | MSSS, Données et indicateurs pour la région de Montréal-métro, 2001
15 | MSSS, Plan de l'effectif médical en omnipratique, février 2002

2.3 L'indice de participation des omnipraticiens à la prise en charge des patients hospitalisés[16]

- Cet indicateur permet de mettre en rapport la contribution des omnipraticiens à la prise en charge des patients hospitalisés et leur nombre au sein des effectifs médicaux d'un hôpital.
- La contribution des omnipraticiens à la prise en charge des patients hospitalisés s'établit à partir de la proportion de patients dont le médecin responsable de leur hospitalisation est un omnipraticien. L'importance numérique des omnipraticiens dans un hôpital se mesure quant à elle par la proportion des médecins ETP que représentent les activités médicales réalisées par ces derniers.
- L'indice de participation est le rapport entre ces deux proportions. La valeur de l'indice est de 1 lorsque la contribution des omnipraticiens à la prise en charge des patients hospitalisés correspond à leur importance numérique dans l'hôpital.

2.4 Le nombre d'omnipraticiens ETP cliniques dans un territoire = 1 747,4[17]

- Ce calcul se fait en additionnant les coûts ajustés de l'ensemble des services cliniques produits dans un territoire, quelle que soit la provenance des patients qui ont requis ces services, puis en divisant cette somme par le revenu moyen ajusté des médecins actifs, afin de déterminer le nombre de médecins ETP qui ont produit ces services.
- Comme pour la consommation, seuls les coûts ajustés des services directs à la population sont comptabilisés dans le calcul du nombre de médecins ETP ayant rendu des services sur un territoire. Il s'agit donc d'une mesure uniforme dont la méthode de calcul est définie de la même manière pour tous les territoires. (Un volume de 1 ETP correspond à la production typique d'un médecin qui dispense des services cliniques à temps complet.)

2.5 L'indice d'autosuffisance = 1,09[18] (équivalent à une augmentation de population de 163 546 personnes)

Un territoire est autosuffisant lorsque sa production de services, telle qu'établie par le nombre de médecins ETP, est égale à la consommation des services en ETP par la population qui habite sur ce territoire. Un indice inférieur à 1 traduit une situation de dépendance. Un indice supérieur à 1 traduit l'étendue supraterritoriale du bassin de desserte des médecins d'un territoire.

- Le bassin de desserte : services d'omnipratique rendus à la population de l'extérieur de Montréal. Cette proportion est de 15,1 %[19], ce qui équivaut à servir 324 436 personnes
  - Cabinets : 14,9 % du total
  - Centres hospitaliers : 15,6 % du total

16 Les chiffres exacts permettant de préciser cet indice n'étaient pas disponibles au moment de mettre sous presse.
17 MSSS, Données et indicateurs pour la région de Montréal-métro, 2001
18 MSSS, Données et indicateurs pour la région de Montréal-métro, 2001
19 MSSS, Direction de la main-d'œuvre médicale, Communication verbale de M. Daniel Poirier, directeur, 2002

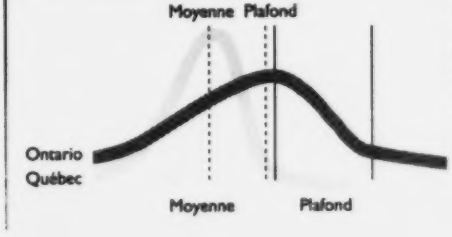
- Leur provenance
  - Montérégie 5,5 %
  - Laval 3,4 %
  - Lanaudière 2,0 %
  - Laurentides 1,8 %
- Services rendus à la population résidente de Montréal par des médecins omnipraticiens oeuvrant à l'extérieur de Montréal : 6,1 %[20]

▶ Les ratios population/omnipraticien ETP
- Ratio habitants/omnipraticien (ETP)
  - Au Québec 1 080/1
  - À Montréal 1 016/1
- Ratio population pondérée selon l'âge et la situation socioéconomique
  - Montréal 1 174/1
- Ratio population pondérée et population hors de Montréal
  - Montréal 1 217/1

▶ Les ratios population/omnipraticien ETP première ligne
- Ratio habitants/omnipraticien (ETP première ligne)[21]
  - Montréal 1 691,2/1
  - Québec 1 758/1
- Ratio population pondérée selon l'âge et la situation socioéconomique
  - Montréal 1 827/1
- Ratio population pondérée et population hors de Montréal
  - Montréal 1 991/1
  - Ratio recommandé par la FMOQ 1 500/1

▶ Le ratio omnipraticiens ETP première ligne = 1 500/1[22]
- Ratio 2 000/1 en Ontario
  - 25,8 % moins de patients au Québec et 17,8 % moins d'heures que les omnipraticiens de l'Ontario

L'impact du plafond salarial sur la facturation moyenne



Au Québec, le revenu moyen des omnipraticiens est d'environ 120 000 $, ce qui est beaucoup moins qu'en Ontario, à 180 000 $. L'écart s'explique en partie par les plafonds salariaux, qui sont de 200 000 $ au Québec et de 340 000 $ en Ontario. La FMOQ a décidé d'utiliser le ratio de 1 500 patients par omnipraticien en première ligne contre 2 000 en Ontario.[23]

20 MSSS, Direction générale des affaires médicales et universitaires. Communication verbale de M. Jacques Piché, agent de recherche, 2002
21 FMOQ, Les activités médicales particulières, 2002
22 FMOQ, Le plan régional des effectifs médicaux: orientations méthodologiques, mai 2002
23 Association médicale de l'Ontario, Communication verbale de M. Boris Kralj

- Pourcentage des activités des omnipraticiens en milieu hospitalier
  - Montréal 30 %
  - Québec 32 %
- 50 omnipraticiens ETP en santé publique (166 au Québec)
- Environ 50 omnipraticiens ETP en activités d'enseignement au sein des unités de médecine familiale (241 au Québec en enseignement et recherche)
- L'âge moyen des omnipraticiens de Montréal est élevé
  - 55 % ont plus de 40 ans
  - 28 % ont entre 50 et 60 ans (environ 500 médecins)

Points de services et établissements

- 68 centres d'hébergement et de soins de longue durée
- 29 CLSC
- 18 centres de réadaptation
- 10 unités de médecine familiale
- 27 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, 17 salles d'urgence
- 210 cabinets
- 175 cliniques
- 3 groupes de médecine de famille en voie d'implantation
- Urgences-santé
- 4 centres hospitaliers de soins psychiatriques.

Évolution des effectifs

Les activités des médecins omnipraticiens ETP exerçant en soins de première ligne dans la région de Montréal[24]

Années	Cabinets médicaux	CLSC	CHSLD	Total en première ligne
1992-1993	1 017,7	81,3	60,3	1 159,3
1993-1994	1 005,8	132,6	69,8	1 208,2
1994-1995	1 004,3	140,7	73,1	1 218,1
1995-1996	997,4	155,3	71,1	1 223,7
1996-1997	985,9	156,4	68,6	1 210,9
1997-1998	939,2	151,7	71,0	1 161,9
1998-1999	916,3	146,1	68,2	1 130,6
1999-2000	926,8	148,2	76,1	1 151,2
2000-2001	910,0	151,9	83,3	1 145,2

Activités en première ligne

- Légère diminution
- Cabinets en diminution
- CLSC en progression
- Ratio ETP cabinet / CLSC = 6
- Ratio
  - Population / ETP première ligne = 1 568
  - Population / ETP cabinet + CLSC = 1 691.

24 FMOQ. Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : Évolution des effectifs et des profils de pratique Région 06 : Montréal-Centre. juillet 2002. page 6

Les activités des médecins omnipraticiens ETP exerçant en soins de deuxième ligne dans la région de Montréal[25]

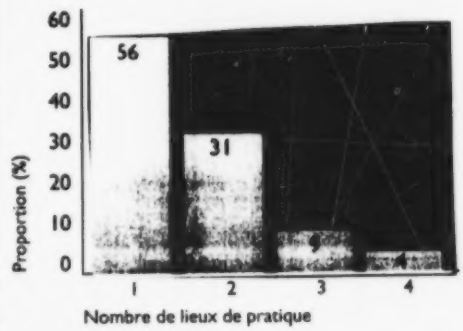
Années	ETP en CHSGS dans la région	ETP hospitalisation dans la région	ETP urgence	% en soins de deuxième ligne
1992-1993	520,00	174,49	170,19	29,7
1993-1994	525,40	180,38	178,37	29,8
1994-1995	526,04	173,91	185,50	29,6
1995-1996	515,42	162,49	183,42	29,2
1996-1997	490,11	165,70	173,77	28,4
1997-1998	473,75	158,50	176,49	28,4
1998-1999	459,67	157,78	180,76	28,3
1999-2000	476,68	165,24	191,58	28,6
2000-2001	511,21	181,37	205,73	30,2

Activités en deuxième ligne

- Légère croissance
- Il y a eu diminution avec la fermeture des hôpitaux, mais reprise depuis trois ans
- ETP à l'urgence en pleine croissance.

Le tableau ci-dessous illustre le nombre de lieux de pratique des médecins omnipraticiens à Montréal. On note que 56 % des omnipraticiens n'ont qu'un seul lieu de pratique, 31 % en ont deux, 9 % en ont trois et 4 % en ont quatre.

Nombre de lieux de pratique des médecins omnipraticiens installés dans la région en 2000-2001[26]



25 FMOQ, idem, page 6
26 FMOQ, idem, page 7

3. LES BESOINS EN OMNIPRATIQUE

En référence aux données précédentes, il faut établir les besoins de la région en services médicaux en tenant compte de la répartition des effectifs médicaux selon les lignes de soins et les problématiques qui caractérisent notre territoire.

En l'absence de données terrain validées, les principales sources d'information utilisées sont celles du Ministère et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en provenance de la banque de données de la Régie d'assurance-maladie du Québec, du rapport annuel 2002 de la santé publique et de l'information disponible à la Régie régionale.

3.1 Généralités

La gestion régionale des effectifs médicaux (plan régional 1997-2000 avec reconduction en 2001-2002) a pour conséquence une connaissance incomplète des besoins spécifiques de chaque établissement.

Il faut rappeler que la population de Montréal subit de constantes transformations attribuables aux décès et aux naissances, ainsi qu'aux migrations internationales, interprovinciales et interrégionales. Au total, il y a un accroissement annuel de 15 000 personnes.

Trente-cinq mille (35 000) patients dits vulnérables sont considérés «orphelins», c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de médecin de famille identifiable malgré un grand besoin de soins de santé.

Il est reconnu qu'environ 15,1 % des services médicaux fournis par les omnipraticiens de la région sont dispensés à des non-résidents. Alors qu'à l'inverse, 6,1 % des services médicaux offerts à la population résidente sont dispensés par des médecins omnipraticiens oeuvrant à l'extérieur de l'île.

Avec deux facultés de médecine et des milieux d'enseignement dans les départements de médecine générale et les 10 unités de médecine familiale rattachées aux hôpitaux ou CLSC, la région de Montréal est considérée une région universitaire.

Parmi les caractéristiques de la population de Montréal, il est important d'en souligner le vieillissement : 15,2 % des Montréalais ont plus de 65 ans. Par ailleurs, 34,7 % vivent seuls et 13,1 % sont des prestataires de l'assurance emploi. Tous ces facteurs influent sur les services médicaux et les lignes de soins.

En 2000-2001, l'âge moyen des médecins de famille exerçant dans la région de Montréal était de 48,8 ans; 23,9 % ont plus de 55 ans.

3.2 Nos besoins en omnipraticiens

Il faut dire que les mesures relatives ne permettent pas de calculer avec précision les besoins d'une communauté. Nous avons néanmoins utilisé cette mesure pour consolider notre plan, puisque c'est celle du Ministère.

- Les besoins de la population de Montréal pour avoir le même indice d'accès aux omnipraticiens que l'ensemble du Québec

- consommation des habitants de Montréal en omnipraticiens ETP = 1 600
- consommation attendue de la population de Montréal = 1 793 omnipraticiens ETP
- Il faudrait ajouter 193 omnipraticiens ETP pour répondre à ces besoins.

- Les besoins de la population hors de Montréal servie par des omnipraticiens ETP cliniques de Montréal
  - consommation attendue pour la population qui vient à Montréal chercher des services omnipraticiens ETP, selon le ratio du Québec, 1 080/1 = 151,4 omnipraticiens ETP

- Des omnipraticiens ETP à Montréal ne sont pas actifs sur le plan clinique
  - santé publique = 41 omnipraticiens ETP
  - formation médicale = 50 omnipraticiens ETP

- Majoration de la population de Montréal
  - majoration actuelle 30 000 = 27,7 omnipraticiens ETP
  - augmentation de 15 000 par année = 13,9 par année

- Indice d'accès aux services spécialisés = 1,24
  - les spécialistes : environ 3 300
  - importantes activités ultraspécialisées : au-delà de l'île et des couronnes nord et sud
  - de 25 à 30 % des services de premier niveau sont accordés à la population des couronnes nord et sud
  - C'est comme si la population de Montréal avait environ 2 000 spécialistes à son service.

- Consommation totale attendue pour la population servie = 2 063,1

- Le nombre d'omnipraticiens ETP cliniques à Montréal = 1 747,4[27]

- Nous définissons, pour avoir un indice d'accès aux services omnipraticiens de 1,0, un besoin d'ajout net de 315,7 omnipraticiens ETP et une augmentation de 13,8 ETP par année par la suite.

- Nombre de départs en 2001 = 72[28]

- Nos besoins bruts pour avoir un indice d'accès aux services omnipraticiens de 1,0 = besoins nets (315,7) + départs (72) = 387,7 omnipraticiens

- Nous avons pris en compte la méthodologie de la FMOQ[29,30] qui
  - propose un ratio patients/omnipraticien ETP première ligne de 1 500/1
  - n'inclut pas notre bassin de desserte
  - n'inclut pas la pondération selon l'âge, le sexe et la situation socioéconomique
  - n'inclut pas les ETP omnipraticiens en éducation et santé publique
  - utilise un volume de population de Montréal de 1 795 844.

27 MSSS, Données et indicateurs pour la région de Montréal-métro, 2001
28 FMOQ, Communication verbale du Dr Jean Rodrigue, 2003
29 FMOQ, Le plan régional des effectifs médicaux : orientations méthodologiques, mai 2002
30 FMOQ, Les activités médicales particulières, 2002

- Les conclusions de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
  - déficit omnipraticien première ligne = 135,3
  - déficit omnipraticien urgences = 16,17
  - déficit omnipraticien deuxième ligne = 36,64
  - déficit omnipraticien total = 188,1.

Ainsi, l'utilisation de la méthode de calcul des effectifs médicaux de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec nous indique un déficit à Montréal de 188,1 omnipraticiens. Par ailleurs, nos calculs nous permettent d'affirmer que ce déficit est plutôt de 315,7 omnipraticiens à Montréal compte tenu du bassin de desserte élargi, des facteurs de pondération selon l'âge, le sexe et la situation socioéconomique de la population montréalaise, des médecins omnipraticiens œuvrant en santé publique et en éducation et de la sous-estimation de la population de Montréal.

4. PLAN D'ACTION

Première ligne

Les données de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec démontrent clairement que, de 1992 à 2001, la pratique médicale s'est déplacée vers les établissements tels que les CLSC et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au détriment des services dans les cabinets et les cliniques (–107,7 ETP). Comme ces derniers constituent la principale porte d'entrée pour assurer l'accessibilité aux services médicaux, cette constatation est inquiétante. En corollaire, le vieillissement de la population, le désengorgement des urgences et la volonté de la Régie régionale de favoriser le maintien à domicile et le rehaussement des services requis pour la clientèle en CHSLD exerceront une pression plus marquée sur les effectifs médicaux actuels en CLSC et en CHSLD et exigera la collaboration des médecins de famille. Les perspectives de réorganisation des services médicaux, en favorisant le regroupement en vue d'améliorer l'accessibilité, la prise en charge et la continuité des soins, solliciteront aussi la participation des médecins de famille. Cette sollicitation accrue ne pourra être soutenue uniquement par les praticiens actifs actuels : il faudra planifier l'ajout de nouvelles ressources. Du 1er avril 1997 au 30 juin 2002, 68 médecins de moins exerçaient dans des cabinets et des cliniques à Montréal (annexe 5). Enfin, une pénurie chronique nous empêche de répondre à certaines problématiques propres aux grandes régions urbaines, comme la santé mentale, la toxicomanie, le VIH et l'itinérance.

Deuxième ligne

Le réseau hospitalier, largement développé dans notre région à vocation régionale, extrarégionale et nationale, constitue un pilier dans notre réseau de la santé. Près du tiers (30,2 %) des omnipraticiens exerçant à Montréal le font en deuxième ligne. La croissance s'est effectuée aux dépens des services d'urgence, alors que l'hospitalisation s'est stabilisée. C'est un équilibre qu'il est essentiel de maintenir afin d'éviter une rupture de services. Nous constatons pourtant que 341 départs de médecins ont été comptabilisés et que 316 nominations ont été effectuées, dont 44 % (139) au moyen de ressources intrarégionales et 56 % (177), extrarégionales. Ce sont donc 51 postes vacants ayant le statut d'actif ou d'associé qui se sont ajoutés aux 22 postes non comblés entre 1997 et 1999 (annexe 6).

Toutes ces constatations nous permettent d'affirmer que plusieurs problèmes sont inquiétants dans l'immédiat et que les perspectives d'avenir représentent un défi de taille en dépit du fait qu'en nombre absolu, la région puisse paraître bien pourvue en effectifs médicaux. Conscients de la pénurie provinciale en ressources médicales qui entraînera des choix difficiles à faire, la région de Montréal cherche à participer à une répartition équitable des effectifs médicaux sans pour autant être privée d'une quote-part légitime. Le défi d'organiser une première ligne fonctionnelle en mobilisant les ressources médicales intrarégionales ne suffira pas à maintenir les acquis en deuxième ligne sans ressources supplémentaires, compte tenu de la conjoncture actuelle.

Pour ce faire, il faut établir une planification et une gestion des effectifs médicaux adaptée à notre situation avec la collaboration de tous et chacun et partager un même objectif : répondre le mieux possible aux besoins de santé de notre population en tenant compte des priorités établies, c'est-à-dire :

- Élaborer le plan régional des effectifs médicaux généraux (PREM) en conformité avec les orientations ministérielles et les besoins de notre région et faire connaître les règles de gestion;
- Mettre à jour et évaluer les besoins en omnipratique dans tous les établissements de notre région afin de déterminer les établissements et les secteurs prioritaires qui présentent des besoins réels et immédiats en effectifs médicaux, dans l'ordre suivant :
  1) Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
  2) CLSC et cabinets
  3) Centres d'hébergement et de soins de longue durée et centres hospitaliers de soins psychiatriques
  4) Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant une mission de réadaptation, centres de réadaptation, etc.
- Établir des critères de répartition et de besoins relatifs aux effectifs médicaux adaptés à la réalité de notre région afin de sauvegarder les acquis et d'assurer une deuxième ligne sans interruption de services;
- Identifier et dresser une liste des activités médicales particulières et des secteurs priorisés afin de maintenir la pratique omnipratique en deuxième ligne sans fragiliser la première ligne;
- Mettre en œuvre la réorganisation de la première ligne et évaluer les besoins nécessaires en effectifs afin d'assurer l'accessibilité, la prise en charge et la continuité des services médicaux adaptés aux besoins de la population;
- Adapter le plan régional des effectifs médicaux en fonction des plans d'organisation et des effectifs médicaux des établissements et du plan montréalais d'organisation des services médicaux du Département régional de médecine générale.

G
Décider - Agir - Évaluer - Ajuster

Dans le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux « Les solutions émergentes », nous pouvons lire :

> ***« Maintenant, un nouveau leitmotiv devrait rapidement s'imposer à tout le réseau: décider, agir, évaluer, ajuster. C'est cela qui fera la différence entre un réseau qui tourne en rond, avec de rares projets pilotes, qu'on oublie finalement, et un réseau qui implante graduellement une nouvelle organisation de services. »***[31]

C'est dans cet esprit que nous voulons contribuer à l'organisation du réseau des services médicaux généraux de première ligne et que ce document a été écrit. Nous voulons en assurer une gestion dynamique de son développement.

31 | MSSS. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes : rapport et recommandations. 2000. p. vi

H
Annexe I

ANNEXE 1

L'INTERFACE OMNIPRATICIENS-MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS UN RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES MÉDICAUX SUR LE TERRITOIRE DE L'ÎLE DE MONTRÉAL

COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE	*DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE*	*DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES*
Dr Lise Cusson, présidente	*Dr Serge Dulude, chef*	*Dr Guy Legros, directeur*

Mai 2002

PRÉAMBULE

Les trois instances médicales de la Régie régionale sont heureuses de déposer au CA de la Régie régionale de Montréal-Centre les documents ci-joints.

En mai 2001, la Commission médicale régionale convenait de suivre l'avis de la Direction des affaires médicales de se pencher sur un plan régional d'organisation des services médicaux. Deux éléments importants militaient en faveur d'une telle démarche :

- La création du DRMG et son intention d'organiser un réseau de services médicaux de première ligne fonctionnel.
- La nécessité d'appuyer les besoins en effectifs médicaux spécialisés sur un plan régional d'organisation de services médicaux spécialisés.

À cette date, la C.M.R. convint donc de se doter d'un groupe de travail (comité plénier) et de deux sous-groupes, l'un portant sur les services médicaux spécialisés en lien avec la première ligne et l'autre sur le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et sur les effectifs médicaux spécialisés. Le mandat et la composition de ces diverses instances se retrouvent en annexe. Les sept principes suivants constituent l'assise des travaux complétés et à faire :

1. La hiérarchisation des services médicaux – accès aux soins de santé via l'omnipraticien (porte d'entrée).
2. Des services médicaux spécialisés en lien efficace et efficient avec une première ligne fonctionnelle via un réseau intégré de services médicaux.
3. Le rôle prépondérant des spécialités de base dans le lien avec la première ligne.
4. Un regroupement des effectifs pour les soins tertiaires et quaternaires et des spécialités suprarégionales.
5. La collaboration-complémentarité entre les établissements (réseaux) avec autonomie relative de chacune des 6 sous-régions de l'Île, pour les soins primaires et secondaires.
6. Une vocation suprarégionale avec des ressources qui en tiennent compte.
7. Une salle d'urgence implantée au cœur d'un réseau de soins dans la communauté.

Il allait de soi que la C.M.R. veuille d'abord se pencher sur le dossier de la hiérarchisation des services médicaux, puis sur ce qui en découle, la définition des champs d'exercice de la 1re, 2e et 3e ligne pour les médecins omnipraticiens et spécialistes. Ces deux concepts de base font consensus tant auprès de la C.M.R. que du DRMG. Ils permettent, dans un réseau fonctionnel de services médicaux, de s'assurer que la porte d'entrée est l'omnipraticien et que le patient puisse voir le bon médecin, au bon endroit, au bon moment pour lui permettre d'avoir accès au bon service requis.

Enfin, pour être efficace et efficiente, la pratique médicale de 1re ligne doit pouvoir compter sur l'accessibilité aux techniques diagnostiques et à l'expertise. C'est donc sur cette toile de fond que les balises de l'organisation des services médicaux spécialisés en liens avec cette 1re ligne ont été établies.

Ce document résulte d'une consultation auprès du DRMG pour connaître ses besoins et ses attentes, d'un inventaire fait auprès des établissements pour établir les délais d'accessibilité et de l'expérience terrain des médecins qui ont contribué à sa rédaction. Il existe de sérieux problèmes d'accès, pour lesquels la C.M.R. propose des solutions. À cet effet, les recommandations interpellent diverses instances à agir de façon concertée si l'on veut permettre aux omnipraticiens et aux médecins spécialistes d'assumer efficacement leurs fonctions et si l'on

veut que les patients aient accès aux services dont ils ont besoin, ailleurs que dans les salles d'urgence, chaque fois que c'est possible.

La Commission médicale régionale, le Département régional de médecine générale et la Direction des affaires médicales sont certains que les médecins de notre région sont prêts à relever ce défi, si les solutions proposées sont implantées, dans les meilleurs délais.

* * *

PARTIE I

LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICAUX ET LA DÉFINITION DES CHAMPS D'EXERCICE

HIERARCHISATION DES SERVICES MÉDICAUX POUR LE TERRITOIRE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE

La CMR, reconnaissant l'importance de la complémentarité des services, propose en s'inspirant de la définition de la hiérarchisation des services médicaux telle que retenue par le Conseil médical du Québec en 1995 lors de ses travaux sur le sujet, ce qui suit.

La définition retenue décrit les lignes de services qui se réfèrent à l'organisation du système de santé et au cheminement du patient à l'intérieur de celui-ci. : les services de première ligne, les services de deuxième ligne et les services de troisième ligne.

I. LES SERVICES DE 1RE LIGNE

Ils sont la porte d'entrée du système de santé. Ils comprennent un ensemble de services courants de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques. Ils s'adressent à une population vivant à domicile ou dans un milieu réputé être son domicile lors de tout nouvel épisode de soins ou dans le contexte d'un suivi périodique.

Ils ont les caractéristiques suivantes : 1) l'accessibilité (24 heures/7 jours, délai raisonnable, milieu de vie des gens), 2) la globalité (solutions à un vaste éventail de problèmes de nature préventive, diagnostique, curative, de réadaptation et de nature palliative), 3) la continuité (suivi régulier), 4) l'homogénéité (services comparables de même qualité durant les heures normales ou défavorables et en tout milieu).

Les médecins omnipraticiens sont les mieux outillés pour assurer le rôle d'intégrateur en 1re ligne et assurer le suivi des patients. Les médecins de deuxième ligne et troisième ligne retournent les patients qui leur ont été référés, une fois l'objectif de référence atteint, et pour lesquels il est indiqué d'assurer le suivi à ce niveau dans le respect des compétences mutuelles.

La médecine de 1re ligne favorise la pratique de groupe, un réseau intégré d'accessibilité à des soins courants et un réseau de garde intégré pour les services d'urgence hors hospitaliers.

Les services de 1re ligne sont dispensés en cabinets, en CLSC, dans les services des urgences des centres hospitaliers, en centres de santé, à domicile, en milieu de travail, dans les institutions d'enseignement, en CA, CHSLD et autres milieux d'hébergement.

L'accès à des services médicaux de première ligne se fait à la demande directe des patients (à l'exception des CA et CHSLD). L'intervention des médecins spécialistes en première ligne n'est pas souhaitable.

II. LES SERVICES DE 2E LIGNE

Ils permettent de résoudre les problèmes complexes de santé. Ils sont des services surtout spécialisés de santé qui s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue.

Ils ont comme principales caractéristiques : 1) l'accessibilité sur référence, 2) la spécificité des services concernant des domaines particuliers nécessitant l'infrastructure d'un établissement ou des équipements spéciaux, 3) le caractère ponctuel des services, c'est à dire qu'une fois l'objectif de la référence atteint, les patients sont retournés en 1re ligne, s'il est indiqué d'assurer le suivi à ce niveau, dans le respect des compétences mutuelles 4) les principaux dispensateurs sont l'ensemble des médecins spécialistes mais on retrouve aussi des omnipraticiens impliqués en milieu hospitalier (obstétrique, gériatrie active, salle d'urgence, soins palliatifs, toxicomanie,

santé publique), 5) les services sont généralement dispensés en établissement de 2e ligne (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) centres de réadaptation (CR) centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP)), mais aussi parfois en cabinets et en polycliniques[1].

III. LES SERVICES DE 3E LIGNE

Il s'agit du niveau de la médecine ultraspécialisée. Ces services s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé ou dont la prévalence est faible.

Ces services ont les caractéristiques suivantes : 1) l'accessibilité sur référence médicale seulement, 2) l'accessibilité à des niveaux uniquement suprarégional et provincial, 3) la spécificité des services : personnel hautement qualifié, plateaux techniques à la fine pointe, formation de base et complémentaire nécessaire, dispensés uniquement en centres hospitaliers à vocation ultraspécialisée.

IV. DÉFINITION DES CHAMPS D'EXERCICE DE LA 1RE LIGNE, DE LA 2E LIGNE ET DE LA 3E LIGNE

PREMIÈRE LIGNE

◊ Soins médicaux courants dans les cabinets médicaux, cliniques médicales, unités de médecine familiale ou CLSC :
- consultations médicales avec rendez-vous
- consultations médicales sans rendez-vous y compris en heures défavorables
- consultations médicales à domicile dans le cadre de programmes spécifiques ou non

◊ Programmes spécifiques faits en CH et en CLSC

◊ Urgences santé, service des urgences des CHSGS

◊ CHSLD et autres milieux d'hébergement : soins courants aux patients admis ou inscrits, garde en disponibilité

◊ Milieu carcéral

◊ Activités médico-administratives

◊ Activités d'enseignement

DEUXIÈME LIGNE

◊ Toutes les activités faites en établissements par les médecins spécialistes.

◊ Certaines activités faites en cabinets ou en cliniques par les médecins spécialistes.

◊ Certaines activités faites en cabinets ou en cliniques par les médecins omnipraticiens[2].

◊ Certaines activités faites en établissements par les médecins omnipraticiens :

CHSGS, CHU, CHA, Instituts :
- soins aux malades admis ou aux cliniques externes
- urgence
- soins intensifs ou coronariens
- gériatrie
- soins palliatifs
- obstétrique

---

[1] Pour respecter la réalité montréalaise, l'on se doit de reconnaître que des médecins omnipraticiens dispensent en cabinets des services spécialisés de 2e ligne pour certaines problématiques spécifiques (ex : VIH, méthadone, toxicomanie)

[2] Pour respecter la réalité montréalaise, l'on se doit de reconnaître que des médecins omnipraticiens dispensent en cabinets des services spécialisés de deuxième ligne pour certaines problématiques spécifiques (ex : VIH, méthadone, toxicomanie)

- psychiatrie
- assistance chirurgicale
- pédiatrie et péri-natalité
- toxicomanie
- santé publique

CHSP, CR

- soins courants aux patients admis ou inscrits, garde en disponibilité

◊ Système de garde en disponibilité dans ces établissements
◊ Activités médico-administratives
◊ Activités d'enseignement

TROISIÈME LIGNE

◊ Radio-oncologie
◊ Neuro-chirurgie
◊ Cardiologie tertiaire
◊ Génétique médicale
◊ Les volets d'activités de troisième ligne de plusieurs autres spécialités
◊ Activités médico-administratives
◊ Activités d'enseignement

V. Recommandations

Consciente qu'il est impérieux

- de faire des services de première ligne la porte d'entrée du système de santé
- d'assurer la disponibilité des services courants en première ligne, 24 heures par jour, 7 jours par semaine
- d'assurer à la population l'accessibilité à des services médicaux spécialisés sur référence
- d'assurer des liens étroits entre les intervenants de première ligne et ceux de la deuxième ligne et de la troisième ligne, dans le temps requis et sans délai indu
- d'éviter dans la mesure du possible que les actes de 1re ligne soient fournis par les médecins spécialistes,

la CMR recommande de mettre en place dans les meilleurs délais ces stratégies pour amorcer la démarche d'implantation de la hiérarchisation des services médicaux :

1. **que le conseil d'administration de la régie régionale de Montréal-Centre fasse sien le concept de la hiérarchisation des services médicaux ci-énoncé;**

2. **que le président directeur général de la régie régionale**

   ◊ **sensibilise toutes les directions de la régie de sa volonté que l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la régie régionale de Montréal-Centre respecte et repose sur ce concept;**

   ◊ **sensibilise toutes les directions générales, les directions des services professionnels, les CMDP des établissements et tous les médecins du territoire de sa volonté que l'organisation des services médicaux généraux et spécialisés sur le territoire de la régie régionale de Montréal-Centre respecte et repose sur ce concept;**

   ◊ **fasse des représentations concertées auprès des facultés de médecine et du Collège des médecins du Québec pour que la formation des médecins les prépare à assumer adéquatement le rôle de médecins de première ligne ou de deuxième ligne et de troisième ligne;**

   ◊ **fasse des représentations auprès des Fédérations médicales et du MSSS pour qu'ils acceptent ce concept et qu'ils mettent en place des moyens concrets pour favoriser la hiérarchisation des services médicaux (ex : mode de rémunération, adaptation des PREM, des budgets, du réseau de communication, etc.);**

   ◊ **sensibilise la population à consulter un médecin omnipraticien avant de se diriger vers les services spécialisés;**

3. **que la Direction des affaires médicales et le Département régional de médecine générale collaborent étroitement dans cette organisation des services, dans le respect de ce concept de hiérarchisation.**

PARTIE II

ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN LIEN AVEC LA 1RE LIGNE

- ***ACCESSIBILITÉ AU PLATEAU TECHNIQUE***
- ***ACESSIBILITÉ À LA CONSULTATION EN SPÉCIALITÉ***

ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS EN LIEN AVEC LA 1RE LIGNE POUR LE TERRITOIRE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) considère que l'organisation d'un réseau de 1re ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux. Pour réaliser un tel projet, il est cependant essentiel de fournir aux médecins qui y oeuvrent les outils nécessaires pour accomplir leur rôle : dispenser à la population les services médicaux requis au maintien et à l'amélioration de son état de santé. L'accessibilité appropriée à un plateau technique diagnostique et à la consultation spécialisée en temps opportun en constitue deux éléments indispensables. Il serait ainsi possible et réalisable d'assurer à la population le bon service requis, au bon moment, par le bon médecin et au bon endroit.

ACCESSIBILITÉ AU PLATEAU TECHNIQUE

I. BESOINS DE LA PREMIÈRE LIGNE

Tenant compte des besoins identifiés par les médecins membres du comité de direction du DRMG de Montréal, les omnipraticiens du territoire doivent avoir les outils nécessaires pour répondre aux exigences de leur rôle clinique. Il s'agit généralement :

- Des prélèvements sanguins, microbiologiques et cytologiques de base
- De l'imagerie médicale comprenant les examens radiographiques, fluoroscopiques, échographiques (incluant le Doppler) la tomographie axiale assistée par ordinateur (CT-Scan), la résonance magnétique nucléaire (RMN) et les examens scintigraphiques
- Des examens d'électrophysiologie tels que ECG (repos, effort, thallium, MIBI) EMG et EEG
- Des tests de fonction respiratoires

(Certains autres tests diagnostiques comme l'endoscopie impliquent généralement une consultation préalable)

Les délais d'accessibilité attendus et proposés afin d'assurer une première ligne efficace sont les suivants :

< 24h	**pour les situations urgentes,** soit le jour même, avec communication des résultats au médecin requérant dans les **deux (2) heures** qui suivent l'examen
1-5 jours	**pour les situations semi-urgentes** avec communication des résultats au médecin requérant la **journée même** de l'examen
1-4 sem.	**Pour les situations électives** avec communication des résultats au médecin requérant dans un **délai d'une semaine ou moins**

II. CONSTATS RELATIFS À LA DISPONIBILITÉ ET À L'ACCESSIBILITÉ

À la lumière de données disponibles à la Régie régionale (questionnaires et sondage téléphonique auprès des établissements) couplées à l'expérience terrain, certains constats peuvent être faits par les membres du comité de travail :

- Quoique la disponibilité des examens identifiés précédemment est présente sur tout le territoire, leur accessibilité est très variable dans le temps, selon les sous-régions et les établissements concernés. La résonance magnétique, par exemple, est difficilement accessible dans le réseau public dans un délai raisonnable. La situation est problématique pour le CT-Scan et l'échographie, et elle est préoccupante pour la scintigraphie dans le cas de demandes électives. De nombreuses démarches sont nécessaires de la part du patient ou du médecin requérant pour obtenir un rendez-vous en urgence et semi-urgence pour ces types d'examens. Souvent la solution demeure la référence à la salle des urgences des CHSGS. En contrepartie, pour la radiologie générale (radiographie et fluoroscopie) une cinquantaine de cliniques radiologiques supplée favorablement aux centres hospitaliers. L'accessibilité au CT-Scan, à la RMN et à l'échographie dans les cliniques radiologiques hors établissement équipées de cette technologie est nettement améliorée (environ 1 semaine) moyennant un déboursé exigé au patient.

- Les prélèvements sanguins et microbiologiques de base peuvent être effectués sans rendez-vous soit en CLSC ou en CHSGS selon une organisation sous-régionale différente. Ces modalités satisfont d'une façon inégale les exigences cliniques dites électives pour ce genre d'analyses, mais ne permettent pas d'assurer les services adéquats pour les situations urgentes et semi-urgentes durant les fins de semaine et les jours fériés puisque leur disponibilité est réduite à une plage horaire définie et limitée.

- Les examens en électrophysiologie semblent généralement accessibles pour ce qui est de l'ECG au repos et l'EEG. La situation est plus problématique pour l'ECG avec effort et/ou thallium, le Holter et la MAPA[3], ainsi que pour l'EMG.

- L'accessibilité aux tests de fonction respiratoire pour une demande élective est variable en CHSGS sur notre territoire. Elle s'estime en moyenne entre 30 et 60 jours. Seulement 4 établissements offrent des examens de polysomnographie pour les patients adultes et un pour la clientèle pédiatrique avec des délais d'attente (en électif) pouvant atteindre de 60 jours à 1 an pour l'adulte, et 30 jours pour l'enfant.

- L'informatisation, la mise en réseau de l'information concernant les services de santé rendus (établissements, cabinets, CLSC) et l'application des technologies modernes de

[3] Mesure ambulatoire de la pression artérielle

communications accusent un retard qui nuit à la performance du réseau de la santé et de ses professionnels

L'organisation actuelle concernant l'accès aux plateaux techniques semble donc inadaptée aux besoins de la pratique médicale de première ligne telle qu'envisagée et ne supportera pas la mise sur pied d'un réseau d'accessibilité aux services médicaux susceptible de diminuer le recours aux salles d'urgence des centres hospitaliers si aucun correctif n'est appliqué.

III. SOLUTIONS PROPOSÉES

Il est donc suggéré que soit mis à la disposition des omnipraticiens un plateau technique approprié à la situation clinique, adapté au degré d'urgence de l'état de santé du patient, qui répond aux besoins suivants :

A. Situations urgentes (< 24 heures)

- Prélèvements sanguins et microbiologiques :
  - Accessibilité en horaire élargi (d'environ 08h00-20h00), en semaine, en fin de semaine et les jours fériés
  - Au(x) centre(s) de prélèvements identifiés, sans rendez-vous
  - Avec transmission des résultats au médecin requérant de façon rapide (~2h)
  - Les analyses visées sont principalement celles couramment sollicitées pour la clientèle ambulatoire dans une salle d'urgence d'un CHSGS

2. Radiographie simple, échographies abdominale et pelvienne, doppler veineux :

  - Accessibilité en CHSGS ou en cliniques hors établissement identifiées dans chaque sous-région avec le même horaire élargi (~ 08h00-20h00) en conformité avec les ententes pré-établies

- Électrophysiologie :
    - L'ECG constitue un examen essentiel d'urgence qui doit être accessible lorsque non disponible immédiatement sur place (clinique, cabinet, CLSC)

B. Situations semi-urgentes (1-5 jours)

Les examens à considérer sont, en plus de ceux identifiés en (A) :
- Les examens de radiologie en graphie, en fluoroscopie et le CT-Scan
- L'électrophysiologie (ECG, EEG)
- Ces examens seront généralement effectués en CHSGS ou en clinique hors établissement, en conformité avec les ententes pré-établies

C. Situations électives (1-4 semaines)

La gamme complète des examens diagnostiques, conformément aux conduites cliniques reconnues.

IV. RECOMMANDATIONS

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, nous recommandons :

1. **Que la Régie régionale élabore, en collaboration avec les établissements et les cliniques hors établissement, un plan d'action afin de rendre accessible un plateau technique qui réponde aux besoins d'un réseau de première ligne bien organisé sur tout le territoire selon un horaire élargi, 7 jours par semaine, qui tienne compte des situations cliniques reconnues urgentes, semi-urgentes et électives;**

2. **Que des ententes de services soient faites entre la Régie régionale et les cliniques hors établissement afin d'assurer l'accessibilité au plateau technique, sans déboursé additionnel, pour tous les patients;**

3. **Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services pourront être disponibles dans les délais établis;**

4. **Qu'un comité conjoint (DAM – CMR – DRMG) de suivi puisse conseiller la Régie régionale sur les orientations à privilégier tenant compte des contraintes identifiées afin de doter le réseau de première ligne des outils nécessaires à l'accomplissement de leur rôle selon les différentes situations cliniques sur tout le territoire;**

5. **Que l'informatisation du réseau et le déploiement des technologies modernes de communication puissent supporter et permettre l'organisation des services médicaux de 1re ligne;**

6. **Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale de Montréal-Centre sollicite la participation du Collège des médecins du Québec, en lien avec les différentes instances impliquées dans la formation médicale (les universités, les associations et les fédérations professionnelles) afin d'optimiser l'utilisation appropriée de ce plateau technique (objectifs de formation pré-doctorale, EMC, conception, mise à jour et diffusion de guides d'utilisation);**

7. **Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements et les cliniques affiliées par entente de services, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès au plateau technique deviennent inacceptables;**

8. **Que la Régie régionale, sur une base annuelle, face rapport à la CMR sur l'état de réalisation de ces recommandations.**

ACCESSIBILITÉ À LA CONSULTATION EN SPÉCIALITÉ

Plusieurs situations cliniques dans la pratique d'un médecin de famille peuvent nécessiter la consultation auprès d'un collègue spécialiste. Le besoin en est généralement un d'expertise diagnostique et/ou thérapeutique ou de suivi conjoint dans le cas de certaines problématiques complexes. Il peut parfois aussi s'agir d'un transfert pour un épisode de soins spécifique (par exemple lors d'une chirurgie) après lequel le médecin spécialiste retourne le patient aux soins du médecin de famille.

Le Groupe de travail du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada affirme : « Le rôle du spécialiste consultant est d'évaluer le problème porté à son attention, de juger de l'état du malade et de communiquer sans tarder ses conclusions au malade et à son médecin traitant. Normalement, les médecins consultants devraient retourner les malades à leur médecin de famille pour la poursuite du traitement : cependant il est parfois approprié que le spécialiste consultant dispense des soins simultanés ou de longue durée. »

♦ BESOINS DE LA PREMIÈRE LIGNE

Les médecins de famille ont recours aux différents spécialistes autant en cabinets ou cliniques qu'en centres hospitaliers selon l'état clinique de leur patient et la disponibilité des services. Certaines spécialités ne nécessitant pas souvent de plateaux techniques lourds sont majoritairement disponibles dans les cliniques médicales (dermatologie, endocrinologie, gynécologie, par exemple). D'autres, par contre, sont davantage en milieu hospitalier (cardiologie, pneumologie, médecine interne, gastro-entérologie, etc.)

Les délais de consultation doivent être adaptés à la situation :

♦ une condition nécessitant des soins immédiats impliquera le plus souvent une référence au service des urgences

♦ une condition semi-urgente : le patient doit être évalué ou traité dans un délai de 0 à 5 jours

♦ toute autre condition : un délai de 1 à 4 semaines peut être raisonnable

Il va de soi que pour être en mesure de répondre à ces attentes, les consultants (et leurs patients) doivent pouvoir compter sur la disponibilité appropriée du plateau technique.

II. CONSTATS RELATIFS À LA DISPONIBILITÉ ET À L'ACCESSIBILITÉ

Les omnipraticiens de Montréal soulèvent régulièrement deux problématiques majeures concernant la consultation en spécialité :

♦ L'accès à la consultation (délais, manque d'information sur la localisation des cabinets des spécialistes)

♦ La communication des résultats de la consultation initiale et des visites subséquentes, le cas échéant, et du plan de traitement et de suivi.

III. SOLUTIONS PROPOSÉES

A. Situations semi-urgentes (0-5 jours)

Les médecins de certaines spécialités sont plus susceptibles d'avoir à répondre à des consultations semi-urgentes, par exemple : la médecine interne, la cardiologie, la pneumologie, la gastro-entérologie, etc.

Les conditions semi-urgentes risquent plus souvent d'impliquer l'utilisation d'un plateau technique plus « lourd », généralement disponible en centre hospitalier. Il faudrait donc prévoir :

- Une accessibilité en clinique externe ou en centre ambulatoire avec des plages de rendez-vous réservées auprès des consultants à des nouveaux patients de même qu'aux patients déjà connus dont l'état se détériore
- L'optimisation de l'efficience des cliniques externes hospitalières (confirmation des rendez-vous des nouveaux patients, gestion serrée des rendez-vous, etc.)
- La disponibilité appropriée du plateau technique pour le médecin consultant
- La transmission des résultats de la consultation et du plan de traitement au médecin requérant de façon rapide : le jour même si le patient est immédiatement retourné aux soins de l'omnipraticien, ou dans un délai d'une semaine ou moins dans les autres cas.

B. Situations électives (1-4 semaines)

Toutes les spécialités cliniques sont visées par des consultations électives. Le lieu de la consultation peut autant être en cabinet ou clinique qu'en clinique externe ou en centre ambulatoire, dépendant de l'organisation de chaque spécialité.

Une accessibilité adéquate implique :

- Une prise de rendez-vous facilitée
- Des plages de rendez-vous disponibles auprès des consultants pour des nouveaux patients
- L'optimisation de la gestion des rendez-vous, particulièrement dans les cliniques externes des CHSGS
- La disponibilité appropriée du plateau technique pour les médecins consultants
- La transmission des résultats de la consultation et du plan de suivi et de traitement au médecin requérant dans un délai d'une semaine ou moins.

IV. RECOMMANDATIONS

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, assumant les effectifs médicaux suffisants, la C.M.R. recommande :

1. **Que la Régie régionale de Montréal-Centre supporte de façon prioritaire l'informatisation des lieux de consultations des médecins requérants et consultants, avec les liens nécessaires au RTSS (Réseau de télécommunication socio-sanitaire);**

2. **Que la Régie régionale de Montréal-Centre demande et supporte, dès maintenant, auprès des établissements de son territoire, l'optimisation de l'utilisation des technologies modernes de communication (télécopie, courrier électronique sécurisé) et du support clérical requis par les médecins spécialistes pour transmettre les informations pertinentes aux médecins référants;**

3. **Que la Direction des affaires médicales de la Régie régionale sollicite l'implication du Collège des médecins du Québec afin d'améliorer la qualité des informations échangées entre les spécialistes consultants et les médecins référants (demandes de consultation précises et accompagnées de toutes les informations pertinentes, rapports de consultation les plus informatifs possible au sujet des plans d'investigation, de traitement et de suivi, rapports d'évolution avec résultats de tests subséquents)**

4. **Que la Régie régionale de Montréal-Centre, en collaboration avec les établissements encourage l'utilisation d'un formulaire standardisé de résumé d'information médicale sommaire (voir quelques exemples en annexe 2) lors du congé d'un patient hospitalisé. Ce formulaire devrait comprendre une copie à remettre à l'usager et/ou à son médecin traitant, et l'original à laisser au dossier du patient en remplacement de la feuille sommaire actuellement utilisée dans les établissements. (Ce type de formulaire peut aussi servir lorsqu'un patient a été évalué et traité au service des urgences);**

5. **Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services de consultation spécialisée pourront être disponibles dans les délais établis, et s'assure de la mise à jour périodique de cette information;**

6. **Que la Régie régionale sollicite les associations de médecins spécialistes et les directions des services professionnels des CHSGS de notre territoire afin de choisir les moyens qui permettront de lever les contraintes à la réalisation des objectifs d'accessibilité dans les différentes sous-régions;**

7. **Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès aux consultations en cliniques externes spécialisées deviennent inacceptables;**

8. **Que la Régie régionale, sur une base annuelle, fasse rapport à la CMR sur l'état de réalisation de ces recommandations.**

ANNEXE 1

MANDAT ET COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE

GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

COMITÉ PLÉNIER

MANDAT :
Faire des propositions à la Commission médicale régionale concernant :

1. L'organisation des services médicaux spécialisés eu égard :
   a) à la hiérarchisation des services;
   b) aux corridors de services compte tenu de la vocation des établissements de la région et des besoins de la population à desservir;
   c) aux besoins de la première ligne.

2. Les besoins en effectifs médicaux compte tenu :
   a) des modes d'organisation et des principes de gestion qui seront proposés;
   b) de la réalité universitaire actuelle et à venir.

COMPOSITION :

- Deux membres du comité des effectifs médicaux spécialisés de la C.M.R., des milieux universitaires, désignés par la C.M.R. et qui agiront à titre de co-présidents du comité : **D^r Robert Amyot et D^r Samuel Benaroya**
- Un médecin spécialiste du milieu universitaire désigné par la C.M.R. : **D^r Martin Juneau**
- Un médecin spécialiste du milieu non universitaire désigné par la CMR : **D^r Louis Bouchard**
- Deux médecins omnipraticiens :
  - un médecin membre du comité PROS ou du comité PREM désigné par le DRMG : **D^r Serge Dulude – D^re Louise Authier**
  - un médecin membre de la C.M.R. désigné par la C.M.R. : **D^re Lise Cusson**
- Trois DSP désignés par la C.M.R. :
  - Deux DSP provenant d'un établissement universitaire : **D^r Denis Roy – D^r Louis Dufresne**
  - Un DSP provenant d'un établissement non universitaire : **D^r Charles Bellavance**
- Un médecin résident membre de la C.M.R. et désigné par la C.M.R. : **D^r Jean-Sébastien Delisle**
- Un médecin spécialiste conseil de la direction des affaires médicales affecté à ce dossier et qui agira à titre de secrétaire du comité : **D^r Fernand Laurendeau**
- Le directeur des affaires professionnelles de la FMSQ : **D^r Jacques Provost**
- Le directeur de la direction des affaires médicales : **D^r Guy Legros**
- Le directeur-adjoint de la direction des affaires médicales : **D^r Jean Cloutier**

COMITÉ DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

GROUPES DE TRAVAIL

1ER SOUS-COMITÉ SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN LIEN AVEC LA PREMIÈRE LIGNE

MANDAT :

- Examiner la proposition du Conseil médical du Québec sur la hiérarchisation des services médicaux
- Établir les besoins de la 1re ligne
- Désigner par sous-régions les cliniques et établissements susceptibles d'y répondre
- Définir les modalités d'articulation, de communication, médecin de famille – médecin spécialiste – cabinets – établissements
- Estimer les budgets nécessaires à l'implantation
- Propose un modèle de contrat entre les parties
- Proposer des modalités et échéancier d'implantation

COMPOSITION :

Présidente : **Dre Lise Cusson** – présidente de la C.M.R. – médecin membre de la C.M.R. désignée par la C.M.R.
Dr Samuel Benaroya – membre de la C.M.R. – membre du comité des effectifs médicaux spécialisés de la C.M.R., des milieux universitaires, désigné par la C.M.R.
Dr Robert Amyot – membre de la C.M.R. – membre du comité des effectifs médicaux spécialisés de la C.M.R., des milieux universitaires, désigné par la C.M.R.
Dr Marc Bois – médecin spécialiste de milieu universitaire
Dr Louis Bouchard – médecin spécialiste de milieu non universitaire
Dr Pierre Masson - DSP de milieu universitaire
Dr Bruno Lemieux - DSP de milieu non universitaire
Dr Jean-Sébastien Delisle – membre de la C.M.R. - médecin résident
Ou délégué FMRQ – **Dr Jean-François Plante**
Membres du DRMG : **Dre Louise Authier**
Dr Rino Bier – médecin spécialiste de milieu non universitaire
Dre Ewa Sidorowicz – médecin spécialiste de milieu universitaire
Dr Guy Legros – directeur de la Direction des affaires médicales
Dr Jean Cloutier – directeur-adjoint de la Direction des affaires médicales + **Dr Louis Georges-Perreault**, médecins conseils
Dr Laurendeau – médecin spécialiste conseil de la Direction des affaires médicales affecté à ce dossier et qui agira à titre de secrétaire du comité.

COMITÉ DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

GROUPES DE TRAVAIL

2E SOUS-COMITÉ SUR LE « PROSEM (PLAN RÉGIONAL DE L'ORGANISATION DES SOINS ET EFFECTIFS MÉDICAUX)»

MANDAT :

Élaborer un volet de services et des règles de répartition et de gestion des effectifs médicaux.

COMPOSITION :

Dr Samuel Benaroya – membre de la C.M.R. - président du comité PROSEM – membre du comité des effectifs médicaux spécialisés de la C.M.R., des milieux universitaires, désigné par la C.M.R.
Dre Lise Cusson – présidente de la C.M.R. - médecin membre de la C.M.R. désignée par la C.M.R.
Dr Charles Bellavance – membre de la C.M.R. - DSP provenant d'un établissement non universitaire
Dr Jacques Provost – directeur des affaires professionnelles de la FMSQ
Dr Martin Juneau – membre de la C.M.R. – médecin spécialiste du milieu universitaire désigné par la C.M.R.
Dr Louis Bouchard – membre de la C.M.R. - médecin spécialiste du milieu non universitaire désigné par la C.M.R.
Dr Louis Dufresne - DSP de milieu universitaire - délégué DSP provenant d'un milieu universitaire
Dr Benoît Deschamps - DRMG – médecin membre du comité PROS ou du comité PREM désigné par le DRMG
Dr Jean-Sébastien Delisle - président FMRQ – médecin résident membre de la C.M.R. et désigné par la C.M.R.
Ou délégué FMRQ– **Dr Jean-François Plante**
Dr Robert Amyot – membre de la C.M.R. – membre du comité des effectifs médicaux spécialisés de la C.M.R., des milieux universitaires, désigné par la C.M.R.
Dre Ewa Sidorowicz - médecin spécialiste du milieu universitaire
Dr Denis R. Roy - DSP de milieu universitaire
Dr Denis A. Roy – Direction de la santé publique
Dr Guy Legros – directeur de la Direction des affaires médicales
Dr Jean Cloutier – directeur-adjoint de la Direction des affaires médicales
Dr Laurendeau – médecin spécialiste conseil de la Direction des affaires médicales affecté à ce dossier et qui agira à titre de secrétaire du comité.

Annexe Ia

INFORMATION MÉDICALE SOMMAIRE

À l'intention de : _____

Voici quelques renseignements concernant la personne ci-contre qui a été :

Vue à l'urgence ☐ Vue à la consultation externe ☐

Hospitalisée dans notre établissement ☐

Diagnostic principal et autres informations

Diagnostic principal _____

Autres diagnostics et problèmes _____

Complications _____

Interventions et traitements _____

Recommandations à suivre

Médication prescrite

Incapacité

Visite de relance

Renseignements spéciaux

Date du rapport _____ (année / mois / jour)

_____
Signature du médecin traitant

INFORMATION MÉDICALE SOMMAIRE

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

FEUILLE SOMMAIRE CLINIQUE
Hospitalisation en courte durée

Date d'admission : Date du départ :	Durée de l'hospitalisation

Raison ou diagnostic d'admission :	Code
Diagnostics et problèmes :	
Complications : Consultations :	
Interventions : médicale, chirurgicale, obstétricale	
A reçu produits sanguins ou dérivés Oui ☐ Non ☐	

			A	M	J
Signature du médecin traitant	Nom md en lettres moulées	No permis	Date		

F-3408-1100 (Rév. 12-00)

NOTES COMPLEMENTAIRES AU VERSO

NOTES COMPLEMENTAIRES SUR L'HOSPITALISATION

Examens et tests diagnostics significatifs :

Médication prescrite ➔ voir feuille de prescription au départ ☐

Suivi médical: Clinique externe HMR : ☐ Médecin de famille :

Ressource(s) communautaire(s) : CLSC ☐ Autre (s) :

Destination de l'usager : Domicile : ☐ Transfert :

Notes complémentaires et recommandations à l'usager :

Recommandations au médecin référant et/ou traitant :

		A	M	J
Signature du médecin traitant	No permis	Date		

Rappel par le service des archives médicales : ☐ OUI ☐ NON

Annexe 2

ANNEXE 2

DOCUMENT D'ORIENTATION

LES GROUPES DE MEDECINE DE FAMILLE

DEPARTEMENT REGIONAL DE MEDECINE GENERALE

REGIE REGIONALE DE MONTREAL-CENTRE

Le Département régional de médecine générale (DRMG) de la Régie régionale de Montréal-Centre partage l'objectif de sa régie de maintenir et d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population de son territoire.

Les principes de base suivants guident la réflexion du comité de direction du DRMG sur l'organisation des soins :

Les services médicaux de première ligne sont la porte d'entrée du système de santé.

Les médecins de famille, en lien avec les autres intervenants du réseau, et conjointement avec leurs patients, sont responsables des soins dispensés : ces soins comprennent des soins préventifs et curatifs, de réadaptation et palliatifs. Ils sont globaux, continus, accessibles et intégrés.

Les médecins de famille assurent à leurs patients des soins et services de qualité.

Les médecins de famille s'assurent de la continuité des soins à leurs clientèles vulnérables et participent aux activités désignées prioritaires par le DRMG auprès des clientèles vulnérables du territoire.

Les médecins de famille sont encouragés à des pratiques polyvalentes, dans une approche de médecine familiale.

La collaboration entre les professionnels de la santé est un moyen d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.

La collaboration entre tous les établissements du réseau de santé et les professionnels de l'organisation est essentielle, dans le respect de la vocation et de l'expertise de chacun.

L'informatisation du réseau est un objectif à atteindre pour des services de qualité, continus, efficaces et efficients.

Pour atteindre cet objectif, le comité de direction du DRMG entend travailler avec tous les omnipraticiens du territoire, dans tous les milieux d'exercice, à l'organisation d'un réseau global et intégré de services médicaux de première ligne.

Les membres de la Commission Clair affirment que l'organisation d'un réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux et propose un modèle organisationnel, soit la création sur tout le territoire du Québec, de « Groupes de Médecine de Famille ».

Le DRMG appuie le développement de ces regroupements de professionnels de la santé. Ces regroupements seront une des composantes du réseau de services médicaux de première ligne. Le DRMG entend travailler en collaboration avec tous les groupes actuels de médecins, en cliniques, cabinets et CLSC.

Le DRMG sollicite la participation et l'implication de tous les médecins omnipraticiens de son département. Il appuie toutes les initiatives organisationnelles susceptibles de permettre l'atteinte de ces objectifs.

CARACTÉRISTIQUES DES

GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

Le comité de direction du DRMG présente les caractéristiques générales des groupes de médecine de famille dont il supportera, avec la Régie régionale, la création et le développement.

1) COMPOSITION :

Le groupe de médecine de famille est formé de médecins omnipraticiens dont le nombre doit être suffisant pour offrir une gamme de services définis, dans une approche de soins personnalisés.

Le groupe de médecins peut se constituer à partir du regroupement de plusieurs organisations (CLSC-cabinets-cliniques).

Un nombre majoritaire des médecins ont leur activité principale dans le groupe et en constitue le noyau de base : ils assurent, à leur clientèle, une organisation de soins et de services, globaux et continus.

Certains médecins du groupe sont impliqués dans d'autres activités prioritaires du DRMG (urgence, CHSLD, obstétrique, etc.) et ils contribuent au travail du groupe selon les besoins définis par celui-ci.

2) RESPONSABILITÉ :

Les médecins de famille du groupe sont responsables de l'organisation et de la coordination des services médicaux requis pour le groupe de patients qui les auront choisis.

On favorise une entente mutuelle de responsabilité et de fidélisation de part et d'autre, patient et médecin et son groupe : l'entente précise les services offerts et les attentes mutuelles.

Le ratio sera de 1000 à 1800 patients par médecin équivalent temps plein : ce nombre varie selon les types de clientèle dont le médecin est responsable.

Particulièrement, la clientèle vulnérable est définie et identifiée : elle comprend les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes avec des problèmes graves de santé mentale, avec maladies complexes et chroniques, avec maladies requérant des soins palliatifs. Cette clientèle est idéalement inscrite au programme de maintien à domicile du CLSC.

3) GAMME DE SERVICES :

Le groupe de médecine de famille offre une gamme de services de première ligne.

Le groupe, en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, offre des services de promotion et de prévention, des services curatifs, et palliatifs : il coordonne l'organisation des soins requis pour sa clientèle selon la disponibilité des ressources. Les services sont accessibles, continus et intégrés. Idéalement, l'étendue des services offerts correspond à tous ceux requis par une population tout au long de sa vie : obstétrique (soins prénataux et postnataux), soins aux enfants, adultes et personnes âgées, santé mentale et autres services selon l'évaluation des besoins du milieu à desservir et identifiés par le DRMG.

Les services sont accessibles tous les jours de la semaine (7 jours sur 7) , avec et/ou sans rendez-vous.

Le groupe s'assure que la majorité des services offerts est consacrée à la prise en charge et à la continuité des soins.

Le groupe assure une organisation des services pour répondre de façon quotidienne aux besoins urgents de ses patients.

Le groupe peut décider, pour assurer l'accessibilité des soins à sa clientèle, de participer au réseau d'accessibilité aux soins généraux, avec les autres professionnels de sa région.

Le groupe assure des consultations médicales à domicile pour sa clientèle identifiée en perte d'autonomie ou nécessitant des soins palliatifs. Le groupe assure une organisation de services pour répondre aux besoins urgents de cette clientèle et assurer le suivi de ces épisodes de soins aigus.

Le groupe de médecine de famille, selon des modalités à définir dans le groupe, pourrait participer, avec les autres médecins et regroupements de médecins de son territoire à la garde en disponibilité auprès des personnes en perte sévère d'autonomie à domicile et en soins palliatifs.

Les médecins travaillent avec des infirmières formées en maintien à domicile ou en soins palliatifs. Ces infirmières sont en première ligne et communiquent avec les médecins selon les besoins.

4) COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE :

Le groupe de médecine de famille travaille dans une approche de collaboration, avec des infirmières et autres professionnels de la santé, travailleurs sociaux, diététistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, pharmaciens, etc.

Les infirmier(es) travaillent dans les GMF sous la supervision et la coordination des médecins ; elles participent aux activités d'éducation, de promotion et de prévention ; elles participent aux activités de prise en charge de problèmes et aux activités de gestion de cas ; elles coordonnent les activités de liaison avec les services de deuxième ligne, les CLSC et autres établissements ; elles participent à l'évaluation des demandes urgentes des patients.

5) ÉVALUATION

Le groupe de médecine de famille participe à l'évaluation de la qualité et de l'efficacité de l'organisation des services à sa clientèle. L'évaluation portera sur les objectifs de promotion et de prévention, sur les ententes avec les CLSC et autres établissements et sur la gestion et la continuité des services.

FORMATION D'UN GROUPE DE MEDECINE DE FAMILLE

Le groupe doit faire parvenir au comité de direction du DRMG son projet d'organisation des services.

Ce projet doit correspondre aux principes énoncés dans la définition des Groupes de médecine de famille par le DRMG.

Ce projet doit rencontrer les caractéristiques minimales déterminées par le DRMG.

Les médecins intéressés à former un groupe doivent obtenir l'accord du DRMG pour se faire reconnaître comme un Groupe de médecine de famille.

RESPONSABILITES DU DRMG ET DE LA REGIE REGIONALE

Le DRMG et la Régie Régionale sont responsables de la négociation des ententes de services auprès des partenaires du réseau (public et privé), soit l'accès au plateau diagnostique, l'accès aux services médicaux de 2e et 3e ligne, l'accès aux services du ou des CLSC du territoire.

Le DRMG et la Régie Régionale sont responsables de supporter financièrement l'implantation de l'informatisation et le raccordement au réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS).

Le DRMG et la Régie régionale s'engagent à supporter la négociation des ententes de rémunération et des incitatifs appropriés, assurant l'octroi d'une rémunération adaptée pour la reconnaissance des activités de prise en charge et de continuité des soins .

Version corrigée- réunion du 2 octobre 2001
Comité de direction du DRMG

LA/gc

Annexe 3

Santé
et Services sociaux
Québec

GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE
DOCUMENT SYNTHÈSE

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale des affaires médicales et universitaires

Août 2002

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION _____ *91*

LA RAISON D'ÊTRE DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE _____ *92*

LE CONCEPT DE GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE _____ *93*

L'OFFRE DE SERVICE ATTENDUE DE TOUS LES GMF _____ *95*

L'INSCRIPTION _____ *99*

LE PROCESSUS D'ACCRÉDITATION _____ *103*

L'ÉVALUATION _____ *105*

LES ÉTAPES DE L'IMPLANTATION DES GMF _____ *106*

INTRODUCTION

Dans la foulée du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair), le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux a annoncé, à l'occasion d'une conférence de presse tenue le 24 mai 2001, le démarrage de *l'opération groupes de médecine de famille*.

La Commission recommandait alors que :

- le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine de famille, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières ;
- que ces groupes offrent une gamme de services définis à des citoyens qui les auront choisis ;
- que le choix, par chaque citoyen, de son médecin de famille s'exprime par une inscription volontaire, c'est-à-dire une entente mutuelle entre le citoyen et le médecin, pour une période déterminée.

En 2001, vingt projets de groupes de médecine de famille (GMF), dans quinze régions du Québec, ont été annoncés. Les régions de Montréal-Centre, de Québec, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, des Laurentides ainsi que celle de la Montérégie comptent respectivement deux projets de GMF. La population susceptible de s'inscrire dans les vingt futurs GMF représente environ 450 000 personnes.

L'implantation des GMF se fera de façon progressive. Il est prévu que, d'ici 4 ans, il y ait environ 300 GMF au Québec. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) estime que 75 % de la population sera alors inscrite auprès d'un médecin membre d'un GMF.

La mise en place des GMF ne revêt pas un caractère expérimental ; elle représente plutôt un courant structurant de l'organisation des services de première ligne au Québec. L'évaluation des premiers groupes permettra d'améliorer le modèle proposé.

LA RAISON D'ÊTRE DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

Des raisons précises justifient la création des GMF ; elles se rapportent à l'accessibilité et à la fragmentation des services médicaux, à l'utilisation des compétences et au partage des tâches, au manque de disponibilité médicale, aux consultations multiples ainsi qu'à l'effritement du rôle du médecin de famille ;

Problèmes d'accessibilité et de fragmentation des services médicaux

Actuellement, il arrive qu'une personne trouve difficilement un médecin de famille qui accepte de la prendre en charge. Quand elle a un problème de santé, elle tente, parfois en vain, d'obtenir un rendez-vous avec un médecin, généraliste ou spécialiste. Trop souvent, elle n'a pas d'autre choix que de se présenter soit à une clinique médicale *sans rendez-vous*, soit à l'urgence.

De plus, elle doit elle-même faire les liens entre les divers professionnels qui s'occupent d'elle. À cet égard, la population déplore la fragmentation des services et la confusion qui existe dans le système de santé.

Problèmes relatifs à l'utilisation des compétences et au partage des tâches entre les médecins et les autres professionnels

Actuellement, les médecins passent une partie de leur temps à des tâches pour lesquelles leur compétence n'est pas indispensable et que d'autres professionnels pourraient accomplir (par exemple, le soutien psychosocial). Cette situation peut accentuer les problèmes relatifs au manque d'effectifs médicaux.

Problèmes reliés au manque de disponibilité médicale en dehors des heures régulières d'ouverture

L'urgence est actuellement la voie la plus sûre et l'une des principales voies d'accès au réseau de soins médicaux.

Problèmes liés à la consultation de plusieurs médecins

Trop souvent, personne ne prend la responsabilité du suivi à long terme des patients. Le système actuel incite le patient à changer de médecin ou encore à consulter plusieurs médecins pour le même problème de santé. Il encourage même, dans certains cas, l'accès direct aux médecins spécialistes. Ces pratiques rendent difficile l'intégration, la prise en charge et la coordination des soins médicaux et des services de première ligne.

Problèmes liés à l'effritement du rôle du médecin de famille

De plus en plus de médecins se limitent à un secteur de soins et, dans certains cas, sans offrir de prise en charge globale à leurs patients, le mode de rémunération actuel et de nombreuses ententes particulières favorisant cette situation.

Le concept de groupe de médecine de famille apporte des éléments de réponse aux problèmes énumérés ci-dessus. Nous présentons ces éléments dans les pages qui suivent.

LE CONCEPT DE GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE

L'implantation des GMF implique un changement dans la culture du milieu. Il est important que tous y trouvent une plus-value comparativement à ce qui existe présentement, notamment la population, les médecins, les autres professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que les gestionnaires d'établissements, dont les CLSC.

Objectifs

1. Donner à tous les Québécois et à toutes les Québécoises l'accès à un médecin de famille.

2. Assurer une plus grande accessibilité des services ainsi que la prise en charge globale (continuité des services) et le suivi des patients qui s'inscrivent auprès d'un médecin de famille membre d'un GMF.

3. Améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux ainsi que l'organisation des services de première ligne offerts à la population.

4. Développer une plus grande complémentarité des services avec les CLSC.

5. Reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille.

Définition et composition d'un GMF

Le GMF se définit comme une organisation composée de médecins de famille qui travaillent en groupe et en étroite collaboration avec des infirmières. Ces médecins proviennent soit d'une clinique médicale, soit d'un CLSC, ou encore d'une unité d'enseignement en médecine familiale. Il regroupe de 6 à 12 médecins *équivalent temps plein* (ETP-GMF), plusieurs médecins pouvant se partager un ETP.

Les membres du GMF travailleront aussi en étroite collaboration avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux, notamment avec les travailleurs sociaux et les pharmaciens. Le fonctionnement en GMF facilite la communication entre les professionnels et favorise une meilleure intégration des services.

Organisation du GMF

L'organisation

Le Groupe de médecine de famille est reconnu comme une entité fonctionnelle. Le GMF est donc chargé de l'élaboration de ses protocoles et politiques internes, de définir son offre de service, de prendre des décisions cliniques ainsi que d'établir des programmes de formation et de maintien de la compétence.

Le GMF :

- désigne un médecin responsable et un substitut. Le médecin responsable partage équitablement le travail et les responsabilités entre les membres du GMF ;

- gère le budget qui lui est attribué et engage son personnel administratif ;

- signe une entente avec un CLSC pour l'obtention de services infirmiers, par l'affectation ou l'assignation de personnel, et pour compléter son offre de service. Il peut signer des ententes de service avec d'autres établissements, des pharmaciens, etc.

L'adhésion à un GMF implique que les médecins qui en sont membres ont convenu entre eux d'une entente d'association, la plus simple possible, portant notamment sur les diverses modalités de la pratique en groupe : partage des tâches et des responsabilités pour assurer la prise en charge et le suivi de leurs patients, travail en approche interdisciplinaire, dossiers communs, réunions d'équipe et gestion de la qualité ainsi que la possibilité de partager certains revenus.

L'OFFRE DE SERVICE ATTENDUE DE TOUS LES GMF

Le GMF offre les services de médecine familiale aux personnes qui se sont inscrites auprès d'un de ses membres. Ces services sont rendus par le médecin choisi par la personne, en collaboration avec les autres médecins et les infirmières du GMF.

Prise en charge et suivi des patients inscrits

- Diagnostic et traitement

  Le GMF offre à sa clientèle de tout âge des services de médecine familiale, comprenant l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé aigus et chroniques, la prise en charge et le suivi approprié à la condition de santé de la personne inscrite, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Les soins de première ligne en santé mentale, les soins à domicile auprès des personnes en perte sévère d'autonomie et les soins prénataux et postnataux font également partie de ces services. Afin d'améliorer l'accessibilité, la planification, l'intégration et la continuité des différents services de santé, les médecins de famille du GMF collaborent étroitement avec les infirmières du GMF et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux dans le cadre d'une approche interdisciplinaire.

  Une personne inscrite a accès aux services du GMF dans un délai raisonnable, en fonction de son besoin de santé et selon la disponibilité des effectifs médicaux et des ressources du GMF. Les informations cliniques nécessaires au suivi des personnes inscrites sont partagées lorsque le GMF est localisé dans plus d'un site.

- Coordination avec les services du CLSC et des autres établissements

  Orientation et suivi conjoint de la personne inscrite qui le requiert vers les programmes du CLSC, les services psychosociaux ou vers des réseaux intégrés de services de santé, avec communication de l'information pertinente.

  Coordination avec les médecins, omnipraticiens et spécialistes, et les autres professionnels de l'hôpital pour assurer à la personne inscrite l'accès aux services requis par son état de santé, avec communication de l'information pertinente.

Prise en charge des personnes inscrites au moment de leur retour à domicile à la suite d'une hospitalisation ou d'un séjour à l'urgence, pour assurer le suivi et la coordination des soins, avec la collaboration d'autres professionnels de la santé et des équipes du CLSC lorsque requis.

- Prévention, promotion de la santé et information

  Le GMF fournit des services de prévention des maladies, de promotion de la santé, d'information et d'éducation à la santé pour aider la personne inscrite à prévenir, détecter et réduire les risques associés à une maladie ou à une habitude de vie, et à se traiter elle-même lorsque pertinent. Le GMF peut établir des stratégies d'intervention adaptées aux problématiques de santé spécifiques à sa clientèle.

<u>Accessibilité aux services du GMF</u>

- Les services de médecine familiale sont offerts, « sur rendez-vous » et « sans rendez-vous », du lundi au vendredi, sauf les jours fériés.

  Le nombre d'heures d'ouverture et leur répartition durant la semaine sont déterminés en fonction des besoins de la clientèle inscrite, des effectifs médicaux disponibles, compte tenu notamment de leur participation aux activités hospitalières, et des ressources dont dispose le GMF. La période d'ouverture du GMF est établie après entente avec la régie régionale via le département régional de médecine générale (DRMG). Un GMF pourrait offrir jusqu'à douze (12) heures par jour de ces services de médecines familiale.

- En-dehors de la période habituelle d'ouverture du GMF sur semaine, des services de médecine familiale, notamment en« sans rendez-vous » sont offerts, les samedi, dimanche et jour férié.

  Si les besoins de la clientèle le justifient et que les effectifs médicaux et les ressources dont dispose le GMF le permettent, celui-ci offre des périodes de services « sans rendez-vous » en-dehors de sa période habituelle d'ouverture. Ces périodes d'ouverture restreinte sont établies après entente avec la régie régionale via le DRMG. Aux fins d'assurer ce service, le GMF peut conclure des ententes avec d'autres médecins, une clinique d'un réseau d'accessibilité déjà existant sur le territoire, le service d'urgence de l'hôpital situé sur le territoire ou un autre GMF. Un GMF pourrait offrir jusqu'à quatre heures par jour de services sans rendez-vous, les samedi, dimanche et jour férié.

- En-dehors des périodes d'ouverture du GMF, une réponse adaptée est assurée aux personnes dont la situation ne peut attendre les heures d'ouverture régulière; notamment les patients dont la condition de santé est précaire et les personnes en perte sévère d'autonomie à domicile. Cette réponse fait appel à la collaboration du service « Info-Santé » du territoire et nécessite une garde en disponibilité 24/7 assurée par les membres du GMF. À cet effet, le GMF peut conclure une entente avec d'autres médecins, un réseau déjà existant sur le territoire ou un autre GMF. Les modalités de cette réponse sont établies après entente avec le département régional de médecine générale (DRMG).

Activités médicales prioritaires de la région

- Participation équitable, avec l'ensemble des médecins du territoire, aux activités médicales reconnues prioritaires par le département régional de médecine générale, selon des modalités arrêtées par ce dernier.

Les rôles au sein du GMF :

- Le médecin de famille

Le médecin de famille utilise une approche globale qui intègre les aspects préventifs et curatifs, de promotion de la santé, et de réadaptation.

Le médecin planifie l'ensemble des soins et en assure le suivi. Il demande les examens de laboratoire et les consultations auprès de spécialistes que l'état de son patient requiert. Il donne aussi, à l'occasion de l'examen médical périodique, les conseils permettant l'auto traitement et favorisant la prévention.

Chaque médecin membre d'un GMF assume la prise en charge de ses patients. Il joue aussi un rôle de coordination à l'intérieur du réseau de soins.

Le médecin de famille, de façon générale, travaille aussi dans plusieurs autres services de deuxième ligne : l'urgence, les soins hospitaliers - de longue durée et de courte durée - les soins intensifs - coronariens ou autres - les soins palliatifs, etc. Le GMF reconnaît, en accord avec le DRMG, la participation de ses membres à ces activités de deuxième ligne, souvent prioritaires pour la région.

Un médecin peut développer une expertise particulière au sein du groupe (par exemple la gériatrie ou la santé mentale), mais tous les médecins contribuent aux activités du GMF selon les modalités négociées entre eux.

Le médecin pourra déléguer certains actes au profit de l'infirmière qui possède les compétences nécessaires, par exemple le suivi non complexe de l'hypertension artérielle et l'enseignement des techniques d'auto soins.

De façon individuelle et comme groupe, les médecins doivent faire preuve de polyvalence clinique. Qualité que devrait aussi avoir tous les professionnels travaillant au sein du GMF.

- L'infirmière

Les infirmières se verront confier plus de responsabilités, conformément au cadre législatif en vigueur. Elles pourront effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, de liaison avec les CLSC et les services de deuxième ligne ainsi que faire le suivi systématique des soins infirmiers des clientèles vulnérables.

Les infirmières des GMF sont polyvalentes et capables de répondre à un ensemble de problèmes de santé courants. Pour ce faire, elles utilisent quotidiennement tant leur jugement clinique que leurs connaissances scientifiques, et leur expertise leur permet d'assumer pleinement leurs responsabilités.

L'INSCRIPTION

L'inscription est un élément fondamental du concept de groupe de médecine de famille. Si l'on veut améliorer l'accessibilité et surtout la continuité des services de santé de première ligne, le médecin de famille doit pouvoir compter sur une clientèle inscrite

L'inscription se concrétise par un engagement mutuel entre le médecin et son patient, engagement soutenu par la régie régionale et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La particularité d'un GMF est le fait qu'une clientèle, représentative de l'ensemble de la population de la région, notamment la clientèle vulnérable, s'inscrive librement auprès d'un médecin de famille membre d'un GMF (1 000 à 2 200 personnes par médecin équivalent temps plein).

L'inscription vise tant la responsabilisation de la population que celle des professionnels.

L'inscription est volontaire, gratuite et sans limite territoriale.

Avantages de l'inscription

Pour le patient et la population :

- une plus grande accessibilité à un médecin de famille ;
- un lien privilégié avec le médecin et l'équipe de professionnels du GMF ;
- la prise en charge par le médecin et les professionnels du GMF ;
- l'approche interdisciplinaire qui favorise une meilleure coordination des services, allant de la prévention aux soins palliatifs ;
- une meilleure santé globale de la population ;
- l'accès à une information médicale personnalisée et à des renseignements pour favoriser l'auto soins ;
- l'assurance de savoir, en tout temps, avec qui communiquer pour obtenir la réponse adaptée à son problème de santé ;
- une plus grande satisfaction due à une offre de service améliorée ;
- l'harmonisation des pratiques professionnelles ;
- la diminution des visites *non nécessaires* à l'urgence qui devient plus accessible pour les cas ne pouvant être traités qu'à l'urgence ;
- l'assurance, en cas d'admission dans un centre d'hébergement, que son dossier est transmis à l'équipe médicale rattachée au centre d'hébergement ;
- amélioration de la répartition des médecins sur le territoire ;

Pour le médecin de famille :

- une clientèle stable et la possibilité de renforcer la relation médecin-patient ;
- le partage des responsabilités et des tâches au sein du GMF en fonction de l'offre de service ;
- le partage équitable des tâches relatives au plan régional d'organisation des services médicaux généraux de la régie régionale ;
- l'accès par le système informatique, à l'information clinique qui se rapporte aux patients inscrits et transmission de cette information au médecin de famille ;
- une meilleure connaissance des besoins des patients inscrits, permettant de mieux cibler la formation médicale continue , et de mieux assurer le suivi systématique de l'état de santé de ces patients en leur offrant des services appropriés à leurs besoins ;
- la responsabilisation accrue du patient découlant de l'inscription ;
- la reconnaissance financière pour des tâches mal ou non rémunérées actuellement, par exemple la prise en charge des patients, le travail en interdisciplinarité, l'élaboration de plans de soins et la prestation de soins préventifs.

Inconvénients de l'inscription

- l'inscription peut être perçue par la population comme une contrainte dans le choix du médecin de famille ou comme un empêchement de recourir à un autre médecin pour obtenir une contre-expertise ;
- possibilité que l'augmentation des obligations pour les patients (la responsabilisation face à sa santé) soit perçue négativement par certains d'entre eux ;
- augmentation du sentiment de responsabilité des professionnels envers les patients, laquelle peut être perçue négativement par certains professionnels ;
- lourdeur administrative.

Implications

Pour le patient :

- l'inscription se fait auprès d'un médecin de famille qui est membre d'un GMF accrédité par le ministre ;
- le parent ou le tuteur doit signer pour un enfant mineur de moins de 14 ans ou une personne inapte ;
- le patient inscrit continue de bénéficier des services prévus dans les programmes de santé particuliers qui sont offerts dans les établissements, par exemple le programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie ou le programme pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques.

- Le patient inscrit a accepté de donner son consentement pour la transmission des renseignements nécessaires à la prestation des soins et des services que son état de santé requiert.

Pour le médecin de famille :

- le médecin de famille doit être membre d'un GMF accrédité par le ministre et être inscrit à la RAMQ ;
- un médecin ne peut refuser d'inscrire une personne en raison de la nature de ses besoins ou de son état de santé ;
- le médecin rend des services selon ses compétences professionnelles, les ressources disponibles et sa disponibilité dans le cadre du GMF.
- un médecin peut cesser ses activités professionnelles ou quitter le GMF. Il doit alors en informer les personnes inscrites auprès de lui, en leur donnant un préavis dans un délai raisonnable ;
- quand un médecin quitte un GMF, ses patients ont le choix de s'inscrire auprès d'un des autres médecins du même groupe qui acceptent de nouveaux patients ou auprès d'un médecin de leur choix dans un autre GMF.

Pour le groupe de médecine de famille :

- le GMF doit faire connaître aux personnes inscrites les heures d'ouverture en semaine ainsi que les samedis et dimanches. Une politique claire devra être établie concernant tous les jours fériés. S'il y a des regroupements avec d'autres GMF ou établissements pour offrir les services en dehors des heures d'ouverture régulières, la population en sera informée. Ceci se fera en accord avec la régie régionale. L'offre est fonction des besoins des patients, des services offerts dans la région et des effectifs médicaux disponibles ;
- le GMF devra tenir à jour l'information diffusée concernant la gamme des services offerts par l'équipe médicale et professionnelle.

Conditions d'inscription :

- Posséder une carte d'assurance maladie valide.
- Remplir un formulaire d'inscription, disponible auprès d'un GMF.

La personne inscrite s'engage :

- à s'inscrire auprès d'un seul médecin de famille ;
- à consulter son médecin de famille ou, en son absence, un autre médecin du GMF, sauf en cas d'urgence, ou lorsqu'elle est en voyage ou qu'elle séjourne à l'extérieur de sa région ;
- à aviser le GMF dans lequel travaille son médecin de tout changement d'adresse et de numéro de téléphone.

Durée et renouvellement

L'inscription est valable un an et est renouvelée automatiquement. Si, pour différentes raisons, une personne ne désire plus être inscrite, elle avise son médecin de famille par écrit. Elle peut continuer à le consulter, mais sans les avantages liés à son inscription.

Annulation de l'inscription

Les situations pouvant mettre fin à une inscription sont les suivantes :

- la personne inscrite ne possède plus de carte d'assurance maladie valide ;
- le médecin de famille de la personne inscrite quitte le GMF auquel il appartient ;
- le GMF auquel appartient le médecin de famille se dissout.

Transmission de renseignements personnels

Le consentement relatif à la transmission de renseignements personnels est nécessaire parce que le médecin de famille qui est membre d'un GMF pourra plus facilement :

- établir un diagnostic et répondre aux besoins de la personne inscrite, parce qu'il est mieux informé des résultats des examens qu'il a demandés pour elle ainsi que des soins et des traitements qu'elle a reçus ;
- coordonner l'ensemble des services et des traitements médicaux ou psychosociaux dont la personne inscrite a besoin ;
- assurer le suivi du dossier médical.

La formule de consentement est incluse dans le formulaire d'inscription.

LE PROCESSUS D'ACCRÉDITATION

Conditions

Les demandes d'accréditation formulées par les GMF doivent être basées sur l'existence des trois documents suivants ;

- l'entente signée par tous les médecins du GMF, laquelle précise notamment le fonctionnement en groupe, le partage des tâches et responsabilités entre ces médecins , ainsi que les règles d'arrivée et de départ d'un médecin ;
- le protocole d'entente signé entre le GMF et le CLSC, lequel précise l'engagement du CLSC concernant entre autres les services infirmiers, et les modalités permettant au GMF de compléter son offre de service du GMF et ce, selon une collaboration réciproque ;
- la convention signée entre la régie régionale et le GMF, laquelle précise l'engagement du groupe de médecins à se conformer au concept de GMF, au modèle établi par le MSSS concernant les services que tous les GMF doivent offrir et au plan régional d'organisation des services médicaux régionaux (PROS). Elle précise également les modalités de l'aide technique et financière accordée au GMF.

Rôles et responsabilités en vue de l'accréditation

Le médecin responsable du GMF transmet à la régie régionale les informations et les documents suivants :

- les extraits de l'entente passée entre les médecins démontrant leur volonté de fonctionner en groupe, le partage de leurs tâches et responsabilités ainsi que les règles qui régissent l'arrivée et le départ d'un médecin, incluant la signature de tous les médecins du GMF ;
- l'entente signée entre le GMF et le CLSC ;
- l'offre de service du GMF ainsi que ses demandes d'aide technique et financière conformément aux normes générales du MSSS.

La régie régionale :

- atteste que les médecins ont passé une entente entre eux et qu'ils l'ont signée ;
- s'assure que les services offerts par le GMF correspondent à *l'offre de service attendue de tous les GMF* ;
- s'assure que le GMF contribue de façon équitable au plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS), dont les activités médicales particulières;

- s'assure que l'aide technique et financière demandée par le GMF respecte les normes générales du MSSS ;
- transmet trois exemplaires signés de la convention avec le GMF ainsi que sa recommandation quant à l'accréditation du GMF au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux :

- accrédite un GMF ;
- autorise l'aide technique et financière ;
- transmet une lettre d'accréditation au GMF ;
- transmet les budgets affectés au GMF à la régie régionale qui en assure le suivi.

PROCESSUS D'ADHÉSION À L'ENTENTE PARTICULIÈRE

Une copie de la lettre d'accréditation d'un GMF est transmise par le ministre au comité paritaire, prévu dans l'*entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille*.

Les médecins membres du GMF transmettent, au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), une demande d'adhésion à l'entente particulière précitée.

La demande d'adhésion est transmise au comité paritaire.

Après étude, le comité paritaire fait ses recommandations au ministre et à la FMOQ et il informe la Régie de l'assurance maladie du Québec du nom du GMF dont l'adhésion est recommandée.

L'ÉVALUATION

Il est important d'associer à l'implantation des GMF un dispositif de suivi et d'évaluation qui renseigne sur les résultats obtenus à court terme. Le cadre d'évaluation devrait permettre tant aux GMF qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux d'avoir une vue d'ensemble des éléments à examiner et sur lesquels il faut recueillir des données pour soutenir l'implantation de tels groupes et en mesurer les effets.

Le cadre d'évaluation prévu est nécessairement évolutif. Étant donné les différents changements importants que l'implantation des GMF suppose, le concept même de GMF risque d'évoluer. Le cadre d'évaluation doit donc tenir compte de cette réalité et demeurer flexible, adaptable. Néanmoins, il faut préciser l'ensemble des éléments d'information à recueillir sur les vingt projets en préparation, qui pourra être modifié selon les circonstances entourant l'implantation des GMF.

Des principes directeurs

L'évaluation doit être faite en partenariat avec les instances concernées par l'implantation des GMF.

Les informations nécessaires à l'évaluation sont recueillies à partir des systèmes d'information existants dans la mesure où elles sont produites, valides et fiables. Étant donné les limites des systèmes d'information actuels, d'autres sources d'information seront développées.

Objectifs et axes d'évaluation

L'évaluation des GMF vise à soutenir l'implantation des groupes, à apprécier leur degré d'implantation et à mesurer les effets obtenus.

L'évaluation porte sur trois axes : le processus et le suivi liés à l'implantation des GMF, le degré d'atteinte des objectifs fixés ainsi que les composantes ou les activités structurantes des GMF.

LES ÉTAPES DE L'IMPLANTATION DES GMF

L'implantation des GMF se divise en quatre phases :

Phase I : Préparatoire (été 2001 printemps 2002)

- Définition du concept de GMF.
- Établissement du portrait de la situation informatique pour s'assurer que le MSSS est prêt pour le branchement informatique sécuritaire.
- Préparation du formulaire d'inscription et du document explicatif.
- Validation du formulaire d'inscription et du document explicatif auprès d'un groupe de personnes.
- Élaboration du cadre d'évaluation.
- Élaboration du cadre d'analyse des caractéristiques de la population inscrite, incluant la morbidité démographique.
- Préparation du guide de gestion à l'intention des GMF.
- Obtention de l'accord de la Commission d'accès à l'information concernant la transmission des informations médicales (demande à l'étude) ;
- Élaboration d'un modèle d'entente entre les médecins.
- Élaboration d'un modèle d'entente entre le GMF et le CLSC et de la convention entre la régie régionale et le GMF.
- Établissement du portrait des GMF avant le démarrage de ces groupes (processus d'évaluation).
- Élaboration des ententes provisoires à conclure avec la FMOQ et la FIIQ pour le démarrage des GMF et l'inscription de la clientèle (printemps 2002).

Phase II : Démarrage transitoire (printemps 2002-printemps 2003)

- Développer, en collaboration avec la RAMQ, l'outil de gestion informatique de l'inscription, en lien avec celui de la facturation.
- Élaboration des ententes permanentes à conclure avec la FMOQ et la FIIQ.
- Finaliser la préparation du guide de gestion à l'intention des GMF
- Évaluation de l'évolution des projets et proposition d'ajustements.

Phase III : Démarrage officiel(printemps 2003)

- Vérification pour s'assurer que le fonctionnement est conforme aux ententes permanentes ;
- Proposition d'ajustements mineurs, s'il y a lieu

Phase IV : Suivi régulier des GMF par les régies régionales

Annexe 4

ANNEXE 4

UN RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX

EN HEURES DÉFAVORABLES VIA DES CLINIQUES PIVOTS

(L'accès au service médical requis, au bon endroit, au bon moment, par le bon médecin)

Le 22 octobre 2001

Le 22 octobre 2001

LE RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ EN HEURES DÉFAVORABLES

1- INTRODUCTION

Suite à la tournée des sous régions et à la réunion du Comité de direction du 15 mai dernier, les quatre (4) priorités suivantes furent retenues : la mise en place des groupes de médecine de famille (GMF), la réorganisation des services médicaux en maintien à domicile (MAD) , les clientèles vulnérables en salle d'urgence et le réseau d'accessibilité. Ces orientations, rappelons-le, épousent les grandes priorités retenues lors du Lac à l'Épaule de janvier dernier et s'arriment fort bien avec le Défi de l'accès 1998-2002 de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Il apparaît évident que la mise en place du GMF se fera lentement et progressivement. L'accessibilité et la continuité des services médicaux nécessitent une action immédiate. Le réseau d'accessibilité en heures défavorables, via une quarantaine de cliniques pivots permet de réaliser l'objectif de permettre aux patients de notre région d'avoir accès au Service médical requis, au bon moment, au bon endroit et par le bon médecin. Ce réseau de services comporte, outre le sans rendez-vous, un pourcentage significatif de prise en charge des patients.

Le document comporte deux parties :

Le premier comporte une description du réseau d'accessibilité que le DRMG propose de mettre sur pied. Le projet a fait l'objet d'une étude et d'une proposition par le Comité du plan régional d'organisation des services (PROS) et le Comité de direction du DRMG.

Le deuxième concerne le financement du projet, tel qu'estimé avec la coopération de la Direction des finances de la Régie régionale de Montréal-Centre.

2- LA PROBLÉMATIQUE

Le Défi de l'accès 1998-2002 de la Régie régionale de Montréal-Centre a, entre autre objectif, d'améliorer les plages horaires au sans rendez-vous.
La situation dans les salles d'urgence se détériore. Le MSSS désire que l'on fasse les efforts nécessaires pour améliorer la situation d'encombrement qu'on y retrouve.
Il y a moins de cliniques ouvertes les fins de semaine maintenant qu'il y a cinq ans.
L'accès au sans rendez-vous et la prise en charge sont des services attendus de la population.
Nous devons intervenir avec énergie pour mieux servir notre population et soutenir le réseau de première ligne qui s'essouffle et s'effrite de façon inquiétante.
À Montréal, nous avons une population de 1,800,000 personnes et nous desservons au moins 500,000 autres personnes de la banlieue.

3- LE PLAN

Établir des contrats de services entre la Régie régionale de Montréal-Centre, son DRMG et certaines cliniques.
Déterminer le nombre, les caractéristiques et les services attendus.

4- LES PRINCIPES

Être équitable envers la population et les points de service.
Bien servir la population.
Consulter nos membres.
Cerner et préciser les besoins réels.
Respecter les principes de la pratique de la médecine familiale.
Respecter les normes du Collège des médecins du Québec. L'évaluation de la qualité de l'acte demeure la prérogative du Collège.
Fonctionner par appel d'offre auprès des cliniques.

5- LE PROJET

Les cliniques pivots feront partie du réseau de cliniques dites affiliées au réseau de services médicaux généraux de première ligne pour le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre. Ainsi, les médecins oeuvrant au sein de ces cliniques bénéficieront de la rémunération majorée, les fins de semaine et les jours fériés. (Entente 177 MSSS-FMOQ)

Ces cliniques seraient ouvertes de 9h00 à 21h00, 365 jours / année sauf exception.

Toutes offriraient dans le sans rendez-vous, les services suivants : chirurgie mineure, ECG, inhalothérapie.

Certaines, dites majeures, auraient en plus les services de radiologie de base. Parmi celles-ci, il ne serait pas impossible de voir ajoutés les services assurés de laboratoire et d'échographie dits urgents. Ces derniers feraient l'objet d'une entente spécifique entre la Régie régionale de Montréal-Centre, son DRMG et les cliniques concernées.

Toutes bénéficieraient des services d'au moins une infirmière.

Ces cliniques seraient bien réparties géographiquement pour couvrir les six (6) sous-régions.

Parmi les cliniques actuellement en place, celles qui ne satisferaient pas aux critères de sélection ou qui ne seraient pas retenues ou qui n'auraient pas soumis leur projet, pourraient tout de même être reconnues comme affiliées selon certaines modalités, dites légères, d'offre de services. Par exemple, elles pourraient être ouvertes les samedis ou les dimanches pour une période d'au moins 5 heures.

Advenant un trop grand nombre de cliniques pivots potentielles, il y aurait, en autant que faire se peut, une règle d'alternance : par exemple, après un contrat de service de 3 ans.

Les cliniques pivots devraient avoir :

Au moins 5 omnipraticiens ETP (35 heures/sem.), possiblement plus de 5 individus, y oeuvrant régulièrement du lundi au vendredi.

Il devrait s'y faire de la prise en charge, rendez-vous, au moins 50% du temps du lundi au vendredi.

Les médecins s'engageraient, comme ils le doivent de toute façon, à faire le suivi d'un épisode de soins si le patient n'a pas de médecin de famille.

Les médecins s'engageraient à remettre une note résumant l'épisode de soins pour le médecin traitant.

Les médecins travaillant les fins de semaine et jours fériés assument leur part de prise en charge

6- LE SOUTIEN ADMINISTRATIF

Un contrat intervient entre chacune des cliniques, la Régie régionale de Montréal-Centre et son DRMG.
Une clinique ne pourrait être fermée à une date précise sans un préavis d'au moins 1 mois avant la fermeture et devra être autorisée par le DRMG. Sinon, cette clinique perd la somme de soutien équivalente attendue et se voit pénalisée du même montant.
Une clause de désengagement < Opting out > est prévue. Les modalités sont à préciser.
Toute clinique pivot est reliée au RTSSS.

7- LES MODALITÉS

Les cliniques pivots feront partie du réseau de cliniques dites affiliées au réseau de services médicaux généraux de première ligne pour le territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre. Ainsi, les médecins oeuvrant au sein de ces cliniques bénéficieront de la rémunération majorée les fins de sermaine et les jours fériés. (Entente 77 MSSS-FMOQ)
Les cliniques dites pivots verraient leurs omnipraticiens bénéficier d'une rémunération adaptée aux services offerts telle que négociée le cas échéant par la FMOQ.
Les cliniques pivots s'engageraient à offrir de bonnes conditions d'exercice aux médecins.
Les cliniques pivots accepteraient d'offrir les services requis aux cliniques environnantes et seraient favorables à accueillir les omnipraticiens des environs pour soutenir les activités cliniques à maintenir.
Il y aura des indicateurs de performance pour s'assurer que les objectifs sont atteints et que les services sont disponibles pour la population et pour les autres cliniques du réseau.

Le Comité de direction
du DRMG de Montréal-Centre
SD/gc

2001.10.24

ANNEXE AU DOCUMENT
RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ – CLINIQUES PIVOTS

1. LA PRISE EN CHARGE DES CLIENTÈLES

Le document indique que 50 % des activités d'une clinique pivot seront consacrées à du rendez-vous. Il est entendu que ces rendez-vous serviront à :

a) des patients suivis par un médecin de la clinique ;
b) des patients vus au sans rendez-vous qui nécessitent une prise en charge pour un épisode de soins précis en attendant qu'ils soient vus par leur médecin traitant ou parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant.

2. LES SANS RENDEZ-VOUS

Le fait que les cliniques pivots offrent du sans rendez-vous ne les caractérisent pas comme étant des « walk in ». C'est l'une des activités de la clinique qui offre le service à une clientèle qui autrement se rendrait dans une salle d'urgence pour un problème ponctuel qui peut être réglé ailleurs.

3. L'INSCRIPTION

Les cliniques pivots ne feront pas l'inscription mur à mur de tous les patients qui les fréquentent. Les clientèles vulnérables qui s'y présentent et qui ont un médecin traitant à cette clinique sont à toutes fins pratiques déjà inscrites. En effet, le médecin traitant est identifié au fichier patient de la clinique. Les médecins pourront aussi inscrire la clientèle vulnérable qui n'en a pas, si tel est son désir. L'ensemble du réseau de soins généraux de première ligne devrait assurer les services de prise en charge auprès des clientèles vulnérables. Les cliniques pivots auraient un rôle important en la matière.

4. LE DOCUMENT NE DÉCRIT PAS DE LIEN OU DE PARTENARIAT AVEC LES CLSC

a) d'une part, les CLSC qui répondent aux critères requis pour être une clinique pivot pourraient demander d'être considérés comme un CLSC pivot. Comme tous les points de service considérés comme pivots, la responsabilité d'avoir les effectifs médicaux requis leur incombe. Il devra donc y avoir un engagement formel du département de médecine générale au CLSC à cet effet, comme pour tous les points de service ;

b) si un budget supplémentaire est nécessaire au fonctionnement du CLSC devenu pivot, il s'agira, de la part de sa direction, de faire les représentations nécessaires pour obtenir ce budget qui ne fait pas partie de la présente demande de budget pour les cliniques pivots.
c) d'autre part, les cliniques pivots pourront développer des liens avec les CLSC aux fins d'assurer, par exemple, avec elles le suivi des clientèles vulnérables.

5. L'accès au plateau technique, notamment l'échographie, et aux examens de laboratoire constitue un outil essentiel à l'efficacité et l'efficience des cliniques pivots. La Régie régionale, avec la DAM et le DRMG, peut à court terme rendre accessibles les ressources en établissements et/ou cabinets. L'objectif est de rendre opérationnelles 20 à 30 cliniques pivots d'ici la fin de 2002, pour compléter à 40 en 2003. Les CLSC répondant aux critères s'ajouteront.

6. LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

Le comité de direction du DRMG et son chef ont affirmé à plusieurs reprises leur désir d'implanter des GMF dans la région de Montréal-Centre. La transformation des cliniques pivots en GMF si les conditions la favorisent, est prévue et souhaitée. Donc pour le DRMG, les cliniques pivots ne constituent pas une alternative aux GMF.

7. LE RÉSEAU D'ACCESSIBILITÉ MÉDICALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (RÉGION 03).

Le réseau d'accessibilité médicale (RAM) comporte 31 cliniques médicales et 8 CLSC. Ce réseau ne se compare pas à ce qu'offre le réseau d'accessibilité de Montréal.

- Les fins de semaine et les jours fériés, les cliniques sont ouvertes de 9 h à 13 h.
- Le réseau repose sur la bonne volonté et la coopération des cliniques. Elles ne sont pas liées par contrat à la Régie régionale.
- Il n'y a pas d'accès privilégié au plateau technique, aux examens de laboratoire et aux consultants en spécialités.

Il semble que ce soit plus un réseau basé sur la disponibilité des services médicaux que sur l'accessibilité à un panier de services qui vise à garder les patients hors des salles d'urgence.

Guy Legros, M.D.
Directeur des affaires médicales

Serge Dulude, M.D.
Chef du DRMG

mardi, 19 février, 2002

Annexe 5

ANNEXE 5

RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE
PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX 1997-2000
BILAN TRIMESTRIEL PAR MISSION D'ÉTABLISSEMENT

Médecins omnipraticiens
Médecins installés dans la région
au 30 juin 2002

Mission d'établissements	(A)	(B)	(C)	(D)	(C) - (A)	(D) - (B)
	Au 31 mars 1997		Au 30 juin 2002		Variation	
	Nombre prof.	Nombre d'ETP	Nombre prof.	Nombre d'ETP	Nombre prof.	Nombre d'ETP
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	236	86.3	247	101.74	11	15.44
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	0	0	2	0.21	2	0.21
Centre de réadaptation	14	6.64	19	9.15	5	2.51
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	743	455.83	785	509.18	42	53.35
Centre hospitalier de soins psychiatriques	54	39.73	60	41.91	6	2.18
Centre local de services communautaires	321	196.04	350	210.45	29	14.41
Clinique ou cabinet privé	1358	985.19	1290	940.22	-68	-44.97
Urgences Santé	43	21.63	40	18.26	-3	-3.37
Total		**1791.36**		**1831.12**		**39.76**
Nombre réel de professionnels (doublons exclus)	**1858**		**1901**		**43**	

Annexe 6

ANNEXE 6

Nomination entre 1999 et 2002

Description classe nomination	1990-2000	2000-2001	2001-2002	Total
Extrarégionale jumelage non requis (non installé)	8	4	4	16
Extrarégionale jumelage requis (installé)	63	49	35	147
Extrarégionale sans jumelage (installé) – ajout	6	3	5	14
Intrarégionale jumelage requis (secteur public)	26	31	24	81
Intrarégionale jumelage non requis (secteur privé)	21	12	11	44
Intrarégionale jumelage non requis (associé/conseil)	0	1	0	1
Intrarégionale jumelage requis (membre actif)	10	0	1	11
Intrarégionale sans jumelage-ajout (membre actif)	0	1	1	2
Total	**134**	**101**	**81**	**316**

Départ entre 1999 et 2002

Description statut	1990-2000	2000-2001	2001-2002	Total
Actif	88	82	109	279
Associé	17	18	27	62
Honoraire	2	24	0	26
Total	**107**	**124**	**136**	**367**

Poste non comblé entre 1997 et 1999

Description statut	Quitté 1997-1999	Nommé 1997-1999	Différence
Actif	289	277	12
Associé	49	39	10
Total	**338**	**316**	**22**

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

Résumé

L'accès en actions

Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux

Introduction 2

But : améliorer l'organisation des services médicaux de première ligne 2

Principes directeurs 2

Un réseau intégré 2

Mission d'un réseau intégré 3

Division territoriale 3

L'accès aux services diagnostiques 4

Recommandations 4

L'accès aux services médicaux spécialisés 5

Recommandations 6

La médecine familiale à Montréal, aujourd'hui 7

La population desservie et ses besoins 7

Les effectifs médicaux de Montréal 7

L'organisation des services 7

La médecine familiale de l'avenir à Montréal 8

Les Groupes de médecine de famille 8

Les cliniques de médecine familiale réseaux, dites pivots 9

Le plateau technique 10

Nos priorités et plans d'action 10

Évolution des effectifs en omnipratique à Montréal 12

Nos besoins en médecins omnipraticiens 13

Plan régional d'effectifs médicaux 14

Décider-Agir-Évaluer-Ajuster 15

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION MONTRÉALAISE

Un défi collectif à relever

La Régie régionale entreprend une démarche afin de doter Montréal d'un nouveau plan stratégique pour la période allant du printemps 2003 au printemps 2006. C'est pourquoi nous devons identifier, ensemble, nos priorités pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise.

À partir des résultats observés au terme du plan 1998-2002 en matière de santé de la population et d'accès aux services, nous aurons à choisir et à mettre en œuvre les solutions les plus appropriées pour permettre de prévenir, de guérir et de soigner plus efficacement. Voilà un grand défi qui nous oblige à faire les bons choix. C'est l'invitation que je lance au milieu montréalais.

Le résultat de cette consultation me permettra de présenter au conseil d'administration de la Régie régionale, en juin prochain, un plan stratégique triennal qui répond à la fois aux particularités d'une métropole comme Montréal et aux priorités nationales fixées pour l'ensemble de la population québécoise.

Je souhaite que ces échanges soient des plus fructueux.

David Levine

Le président-directeur général
David Levine

Le présent document est le résumé du *Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux*, un document de consultation recommandé par le Département régional de médecine générale. Il présente ses principaux éléments. Le lecteur intéressé à en connaître davantage pourra se référer au texte intégral du plan dont les coordonnées complètes sont publiées à la dernière page. Le lecteur pourra aussi trouver l'ensemble des informations relatives à la démarche de consultation de la Régie régionale sur notre site internet : **www.santemontreal.qc.ca**.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

INTRODUCTION

En vertu de la Loi sur les services de santé et sur les services sociaux, le Département régional de médecine générale (DRMG) doit définir et proposer un plan d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux, et en assurer la mise en place et l'application une fois l'adoption de ce plan.

C'est dans ce contexte qu'a été élaboré le **Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux**. Ce plan sera soumis aux médecins omnipraticiens pour fin de consultation. La contribution des médecins omnipraticiens est essentielle à la poursuite des objectifs fixés par la Régie régionale, notamment en matière d'accessibilité aux services médicaux généraux et de modèles d'organisation des services, étape préalable à la mise sur pied d'une première ligne forte des services médicaux à Montréal.

But : Améliorer l'organisation des services médicaux de première ligne

Le Département régional de médecine générale veut travailler, en collaboration avec tous les omnipraticiens du territoire et les partenaires du réseau de la santé, à bâtir avant tout un réseau fonctionnel de première ligne, accessible, dans une perspective de prise en charge et de continuité des soins et services.

Pour être efficaces et efficients, les omnipraticiens doivent avoir accès aux techniques diagnostiques, à l'expertise spécialisée et à l'ensemble des professionnels du réseau. De plus, un réseau fonctionnel doit pouvoir compter sur l'implantation d'un système d'information clinique et administratif.

Principes directeurs - « Le patient au centre de nos préoccupations »

- Prise en charge
- Continuité des soins et des services
- Des soins globaux : prévenir, guérir, soigner
- Accessibilité
- Hiérarchisation des soins et des services médicaux
- Collaboration interprofessionnelle et interétablissements.

Un réseau intégré

Un réseau intégré est constitué d'un ensemble de personnes, d'organismes, d'établissements qui concourent au même but et dont les différentes composantes (ressources matérielles, financières et humaines) forment un tout.

Ce réseau doit impliquer tous les médecins omnipraticiens du territoire de la Régie régionale de Montréal, membres du Département régional de médecine générale, qui offrent des services médicaux de première ligne quels que soient leurs milieux d'exercice : CLSC, cliniques médicales, cabinets, unités de médecine familiale, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation et toutes les nouvelles formes organisationnelles d'offre de services à venir (groupes de médecine de famille (GMF), cliniques de médecine familiale réseaux, dites cliniques pivots).

Mission d'un réseau intégré

Ce réseau aura pour mission d'assurer, à toute la population du territoire, une gamme complète de soins et services médicaux de première ligne, de courte ou de longue durée : services de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soins palliatifs. Il devra respecter toutes les caractéristiques essentielles suivantes : universalité, gratuité, accessibilité (géographique, physique, horaire), globalité, continuité, homogénéité, efficacité et qualité des services.

Division territoriale

L'organisation d'un réseau de soins généraux qui vise à rapprocher le plus possible les services du milieu de vie naturel et habituel du citoyen favorisait la division du territoire de Montréal en sous-régions. Cette division doit respecter les habitudes et les mouvements naturels de consultation des citoyens et les organisations de concertation qui existent déjà et qui fonctionnent bien. Pour les fins de la planification des services médicaux de première ligne, le territoire de Montréal a donc été divisé en six sous-régions qui regroupent les territoires des CLSC. Chaque sous-région demeure perméable pour l'ensemble des citoyens et médecins et devra assurer à la population une organisation des services médicaux généraux de première ligne.

Les 6 sous-régions du Département régional de médecine générale

Est :
CLSC J.-Octave Roussin, Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou, Olivier-Guimond, Saint-Léonard, Saint-Michel, de Rosemont, Hochelaga-Maisonneuve

Ouest :
CLSC Pierrefonds, Lac St-Louis, du Vieux Lachine

Sud-Ouest :
CLSC Saint-Henri, Verdun/Côte Saint-Paul, LaSalle, Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles

Centre-Est :
CLSC du Plateau Mont-Royal, des Faubourgs, La Petite Patrie, Villeray, Parc Extension*

Centre-Ouest :
CLSC Saint-Louis du Parc*, Métro, Côte-des-Neiges, René-Cassin, Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest

Nord :
CLSC Ahuntsic, Bordeaux-Cartierville, Saint-Laurent, Montréal-Nord.

* À la suite de leur demande, nous recommandons que le CLSC Parc Extension fasse maintenant partie de la sous-région Centre-Ouest et que le CLSC Saint-Louis du Parc fasse maintenant partie de la sous-région Centre-Est.

L'accès aux services diagnostiques

Tenant compte des besoins identifiés par les médecins membres du comité de direction du Département régional de médecine générale de Montréal, les omnipraticiens du territoire doivent avoir les outils nécessaires pour répondre aux exigences de leur rôle clinique. Il s'agit généralement :

- des prélèvements sanguins, microbiologiques et cytologiques de base,
- de l'imagerie médicale comprenant les examens radiographiques, fluoroscopiques, échographiques (incluant le Doppler), la tomographie axiale assistée par ordinateur (CT-Scan), la résonance magnétique nucléaire (RMN) et les examens scintigraphiques,
- des examens d'électrophysiologie tels que ECG (repos, effort, thallium, MIBI), électromyogramme (EMG) et électro-encéphalogramme (EEG),
- des analyses de fonctions respiratoires.

Les délais d'accessibilité attendus et proposés afin d'assurer une première ligne efficace sont les suivants :

Moins de 24 heures pour les situations urgentes :
- soit le jour même, avec communication des résultats au médecin requérant dans les **deux heures** qui suivent l'examen.

1 à 5 jours pour les situations semi-urgentes :
- avec communication des résultats au médecin requérant la **journée même** de l'examen.

1 à 4 semaines pour les situations électives :
- avec communication des résultats au médecin requérant dans un **délai d'une semaine ou moins**.

Recommandations

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients, nous recommandons :

1. **Que la Régie régionale élabore, en collaboration avec les établissements et les cliniques hors établissement, un plan d'action afin de rendre accessible un plateau technique qui réponde aux besoins d'un réseau de première ligne bien organisé sur tout le territoire selon un horaire élargi, 7 jours par semaine, qui tienne compte des situations cliniques reconnues urgentes, semi-urgentes et électives;**
2. **Que des ententes de services soient faites entre la Régie régionale et les cliniques hors établissement afin d'assurer l'accessibilité au plateau technique, sans déboursé additionnel, pour tous les patients;**
3. **Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services pourront être disponibles dans les délais établis;**
4. **Qu'un comité conjoint de suivi (DAMU, CMR, DRMG[1]) puisse conseiller la Régie régionale sur les orientations à privilégier tenant compte des contraintes identifiées afin de doter le réseau de première ligne des outils nécessaires à l'accomplissement de son rôle selon les différentes situations cliniques sur tout le territoire;**

1 Direction des affaires médicales et universitaires, Commission médicale régionale, Département régional de médecine générale

5. Que l'informatisation du réseau et le déploiement des technologies modernes de communication puissent supporter et permettre l'organisation des services médicaux de première ligne;
6. Que la direction des affaires médicales de la Régie régionale de Montréal sollicite la participation du Collège des médecins du Québec, en lien avec les différentes instances impliquées dans la formation médicale (les universités, les associations et les fédérations professionnelles) afin d'optimiser l'utilisation appropriée de ce plateau technique (objectifs de formation pré-doctorale, éducation médicale continue, conception, mise à jour et diffusion de guides d'utilisation);
7. Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements et les cliniques affiliées par entente de services, favorise l'implantation d'un mécanisme d'évaluation pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès au plateau technique deviennent inacceptables;
8. Que la Régie régionale, sur une base annuelle, face rapport à la CMR et au DRMG sur l'état de réalisation de ces recommandations.

L'accès aux services médicaux spécialisés

Les omnipraticiens de Montréal soulèvent régulièrement deux problématiques majeures concernant la consultation en spécialité :

- L'accès à la consultation (délais, manque d'information sur la localisation des cabinets)
- La communication des résultats de la consultation initiale et des visites subséquentes, le cas échéant, et du plan de traitement et de suivi.

Solutions proposées pour faciliter l'accès aux services médicaux spécialisés :

Situations semi-urgentes (1 à 5 jours)

Les médecins de certaines spécialités sont appelés à répondre à des consultations semi-urgentes, notamment en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, etc.

Les conditions semi-urgentes impliquent plus souvent l'utilisation d'un plateau technique plus lourd, généralement disponible en centre hospitalier. Il faudrait donc prévoir :

- Une accessibilité en clinique externe ou en centre de soins ambulatoires avec des plages de rendez-vous réservées auprès des consultants à des nouveaux patients de même qu'aux patients déjà connus dont l'état se détériore
- L'optimisation de l'efficience des cliniques externes hospitalières (confirmation des rendez-vous des nouveaux patients, gestion serrée des rendez-vous, etc.)
- La disponibilité appropriée du plateau technique pour le médecin consultant
- La transmission des résultats de la consultation et du plan de traitement au médecin requérant de façon rapide : le jour même si le patient est immédiatement retourné aux soins de l'omnipraticien, ou dans un délai d'une semaine ou moins dans les autres cas.

Situations électives (1 à 4 semaines)

Toutes les spécialités cliniques sont visées par des consultations électives. Le lieu de la consultation peut autant être en cabinet, en clinique, en CLSC qu'en clinique externe ou en centre de soins ambulatoires, selon l'organisation de chaque spécialité. Une accessibilité adéquate implique :

- Une prise de rendez-vous plus facile
- Des plages de rendez-vous disponibles auprès des consultants pour des nouveaux patients
- L'optimisation de la gestion des rendez-vous, particulièrement dans les cliniques externes des centres hospitaliers
- La disponibilité appropriée du plateau technique pour les médecins consultants
- La transmission des résultats de la consultation et du plan de suivi et de traitement au médecin requérant dans un délai d'une semaine ou moins.

Recommandations

Afin de rendre disponible le niveau d'accessibilité requis pour une bonne prise en charge des problèmes de santé des patients par les médecins omnipraticiens, nous recommandons :

1. **Que la Régie régionale de Montréal supporte de façon prioritaire l'informatisation des lieux de consultations des médecins requérants et consultants, avec les liens nécessaires au Réseau de télécommunication sociosanitaire;**
2. **Que la Régie régionale de Montréal demande et supporte, dès maintenant, auprès des établissements de son territoire, l'optimisation de l'utilisation des technologies modernes de communication (télécopie, courrier électronique sécurisé) et du support clérical requis par les médecins spécialistes pour transmettre les informations pertinentes aux médecins référants;**
3. **Que la direction des affaires médicales et universitaires de la Régie régionale sollicite l'implication du Collège des médecins du Québec afin d'améliorer la qualité des informations échangées entre les spécialistes consultants et les médecins référants (demandes de consultation précises et accompagnées de toutes les informations pertinentes, rapports de consultation les plus informatifs possible au sujet des plans d'investigation, de traitement et de suivi, rapports d'évolution avec résultats de tests subséquents);**
4. **Que la Régie régionale de Montréal, en collaboration avec les établissements, encourage l'utilisation d'un formulaire normalisé de résumé d'information médicale sommaire lors du congé d'un patient hospitalisé. Ce formulaire devrait comprendre une copie à remettre à l'usager et/ou à son médecin traitant, et l'original à laisser au dossier du patient en remplacement de la feuille sommaire actuellement utilisée dans les établissements. (Ce type de formulaire peut aussi servir lorsqu'un patient a été évalué et traité au service des urgences);**
5. **Que la Régie régionale identifie et fasse connaître à tous les médecins la liste des lieux où ces services de consultation spécialisée pourront être disponibles dans les délais établis (ceci pourrait se faire par étape, une sous-région à la fois) et s'assure de la mise à jour périodique de cette information;**
6. **Que la Régie régionale sollicite les associations de médecins spécialistes et les directions des services professionnels des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de notre territoire afin de choisir les moyens qui permettront de lever les contraintes à la réalisation des objectifs d'accessibilité dans les différentes sous-régions;**
7. **Que la Régie régionale, en collaboration avec les établissements, favorise l'implantation d'un mécanisme de surveillance pour permettre de réagir efficacement si les délais d'accès aux consultations en cliniques externes spécialisées deviennent inacceptables.**

La médecine familiale à Montréal, aujourd'hui

Les omnipraticiens œuvrent dans plusieurs champs d'activités (gériatrie, obstétrique, périnatalité, enseignement et recherche, hospitalisation, santé mentale, santé publique, santé au travail, soins palliatifs, soins intensifs, maintien à domicile, etc.). Même s'il est souhaitable que les omnipraticiens continuent d'occuper ces champs de pratique, leur rôle premier est de prendre en charge une clientèle et d'en assurer le suivi. C'est pourquoi nous devons réussir à mettre sur pied une première ligne de services médicaux généraux qui sera un véritable filet de sécurité pour la population. Nous sommes à la croisée des chemins. Plusieurs éléments nourrissent notre réflexion :

Constats

La population desservie et ses besoins

- Les besoins grandissants de la population à desservir (1 838 472 résidents et environ 350 000 non résidents) :
  - La population la plus âgée du Québec
  - Des zones de grande pauvreté
  - Le manque de prise en charge des patients
  - Les clientèles vulnérables dont 35 000 patients orphelins c.-à-d. sans médecin de famille
  - Des grandes problématiques : la santé mentale, l'itinérance, la polytoxicomanie, le VIH.
- La population est en croissance par l'augmentation annuelle nette de 15 000 personnes résidentes sur l'île de Montréal.
- L'accès à la prise en charge et au sans rendez-vous sont des services légitimement attendus par la population.

Les effectifs médicaux de Montréal

- Les problèmes majeurs d'effectifs médicaux en médecine générale à la grandeur du Québec, y compris à Montréal.
- La région de Montréal a de nombreux spécialistes, cependant ils ne sont pas exclusivement au service de la population résidente. Entre 25 % et 30 % des services médicaux de premier et de deuxième niveaux offerts par les spécialistes dans les hôpitaux sont utilisés par la population de la périphérie de Montréal.
- La première ligne est fortement fragilisée, donc vulnérable : fermeture de cliniques.
- Le Département régional de médecine générale est responsable des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et des plans régionaux d'organisation des services (PROS). Précisons que désormais, les effectifs médicaux en cabinets et en cliniques font partie du plan d'effectifs.

L'organisation des services

- La situation dans les salles d'urgence est précaire. Le Ministère et la Régie régionale désirent que l'on fasse les efforts nécessaires pour améliorer le fonctionnement des salles d'urgence.
- Le virage ambulatoire inachevé, la première ligne, n'ayant pas été associée à ce changement majeur, n'était pas prête à assumer un tel choc.

- Fragmentation des plages horaires :
  - surtout durant les heures dites défavorables;
  - la moyenne hebdomadaire d'heures d'ouverture par point de services est 56;
  - contribution accessoire des CLSC aux services médicaux généraux ambulatoires d'urgence, surtout en dehors des heures régulières.
- Deux problématiques majeures : l'accessibilité appropriée à un plateau technique diagnostique et à la consultation spécialisée en temps opportun.
- Il y a consensus à l'effet que la première ligne est l'assise du réseau de soins.
- Il existe une volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux de réorganiser la première ligne, notamment en soutenant la mise en place des GMF.

MODÈLE ORGANISATIONNEL

La médecine familiale de l'avenir à Montréal

Nous ne saurions envisager l'avenir sans compter sur les cabinets, les cliniques et les CLSC existants. Ces points de services répondent aux besoins changeants de la clientèle. Cependant, de nouvelles avenues sont à explorer : les Groupes de médecine de famille et les cliniques de médecine familiale réseaux, dites cliniques pivots.

Les Groupes de médecine de famille (GMF)

Le comité de direction du Département régional de médecine générale favorise le regroupement des médecins et, en ce sens, le GMF constitue une avenue. Selon lui, voici ce que devrait être un GMF à Montréal : un groupe est formé de suffisamment de médecins omnipraticiens pour offrir une gamme de services définis dans une approche de soins personnalisés. Un nombre majoritaire de médecins ont leur activité principale dans le groupe et en constitue le noyau de base : ils assurent à leur clientèle une organisation de soins et services globaux et continus. Nous favorisons une entente mutuelle de responsabilité et de fidélisation de part et d'autre, patient et médecin traitant et son groupe.

Pour la gamme de services de première ligne, le groupe offre, en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, des services de promotion et de prévention ainsi que des services curatifs et palliatifs. Une attention particulière doit être portée à la clientèle vulnérable qui est définie et bien identifiée : elle comprend les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes avec des problèmes graves de santé mentale, avec maladies complexes et chroniques, les patients requérant des soins palliatifs. Cette clientèle est fréquemment inscrite au programme de service et de maintien à domicile du CLSC.

Idéalement, l'étendue des services offerts correspond à tous ceux requis par une population tout au long de sa vie. Les services sont accessibles tous les jours de la semaine (7 jours sur 7) avec et/ou sans rendez-vous. Le groupe assure une organisation de services pour répondre de façon quotidienne aux besoins urgents de ses patients. Ainsi, pour assurer l'accessibilité des soins à sa clientèle, le groupe peut participer au réseau d'accessibilité avec les autres professionnels de sa région. Le groupe assure des consultations médicales à domicile et participe à la garde en disponibilité pour les personnes à domicile en perte sévère d'autonomie, fragilisées ou qui nécessitent des soins palliatifs.

Les médecins du groupe travaillent dans une approche de collaboration avec des infirmières et autres professionnels de la santé : travailleurs sociaux, diététistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, pharmaciens, etc. Les infirmières, sous la supervision et la coordination des médecins, participent aux activités d'éducation, de prévention, de prise en charge de problèmes de santé complexes et de gestion de cas. Elles coordonnent les activités de liaison avec les services de deuxième ligne, les CLSC et les autres établissements.

Le groupe de médecine de famille (GMF) établit un mécanisme d'évaluation de la qualité et de l'efficacité de l'organisation de ses services à sa clientèle. Le groupe de médecine de famille doit s'intégrer au plan régional d'organisation des services médicaux généraux de son Département régional de médecine générale.

Le Ministère a édicté plusieurs principes et conditions de base pour l'accréditation des GMF :

- Inscription de tous les patients est un élément fondamental
- Garde en disponibilité 24h/7j pour la clientèle vulnérable
- Entente signée par tous les médecins participants
- Protocole d'entente signé entre le GMF et le CLSC
- Convention signée entre la Régie régionale et le GMF
- C'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui accrédite un GMF, autorise l'aide technique et financière, transmet les budgets affectés au GMF à la Régie régionale qui en assure le suivi.

Les Cliniques de médecine familiale réseaux, dites pivots

Avec 29 CLSC, 175 cliniques, 10 unités de médecine familiale, 210 cabinets, la population de Montréal a du mal à s'y retrouver vu la diversité des plages horaires. De plus, même avec des entités bien structurées comme les GMF, il est illusoire d'envisager l'ouverture de tous ces points de services durant de longues heures et ce, 365 jours par année. D'autre part, dans certaines sous-régions, plusieurs plages horaires ne sont pas couvertes.

Il nous apparaît donc important de mettre sur pied un véritable réseau d'accessibilité constitué d'environ 40 cliniques de médecine familiale réseaux (pivots) parmi nos points de services. Les CLSC et les GMF pourront évidemment participer à ce réseau d'accessibilité et être reconnus comme l'un de ces points. Cependant, ces points de services seraient surtout des cliniques médicales, car elles sont déjà en plus grand nombre et elles offrent actuellement la très grande majorité des services médicaux généraux en heures défavorables.

Nous visons la mise en place de 40 cliniques de médecine familiale réseaux, dans un ratio d'une clinique pour 50 000 de population, qui seraient ouvertes en sans rendez-vous de 8 heures à 21 heures, 365 jours par année.

Ce réseau constituerait un véritable filet de sécurité pour la population. Nous sommes également convaincus que ce réseau permettrait aux salles d'urgence de mieux fonctionner en favorisant une utilisation judicieuse des services spécialisés et de l'expertise qu'on y retrouve.

Il ne s'agit pas toutefois de mettre sur pied des établissements spécialisés en sans rendez-vous. Bien que très utile, le « sans rendez-vous » ne doit pas constituer l'assise de la pratique de la médecine familiale. Dans tous les points de services médicaux généraux, la majorité des médecins devraient y avoir leur activité principale et la grande majorité des activités cliniques devraient être consacrées au suivi de la clientèle avec rendez-vous, non pas uniquement pour un

épisode de soins mais aussi pour des activités de prévention, de suivi régulier et d'examen périodique. Une attention particulière devrait également être portée aux clientèles vulnérables. D'ailleurs, ces cliniques de médecine familiale réseaux assumeraient la prise en charge de leurs clientèles vulnérables qui seraient clairement identifiées et inscrites auprès de leur médecin traitant à l'intérieur du groupe. Il se doit d'en être ainsi pour nos futures cliniques de médecine familiale réseaux.

Ces cliniques réseaux devraient signer une entente de service avec la Régie régionale et ce via son Département régional de médecine générale. Le panier de services et les heures d'ouverture y seraient précisés. Puisque pour la très grande majorité de ces cliniques, cela supposerait un allongement des heures d'ouverture pouvant aller jusqu'à 50 %, cela nécessiterait un soutien administratif de la Régie régionale. De plus, ces cliniques devraient être reliées au Réseau de télécommunication sociosanitaire pour une meilleure circulation de l'information (ex. : analyses de laboratoires et rapports de consultation).

Le plateau technique

Dans la région montréalaise, il est difficile voire impossible d'obtenir une simple formule sanguine en après-midi de semaine ou une échographie d'urgence à moins que le patient décide de payer les frais requis en clinique privée. La grande majorité de ces cas se retrouvent donc à l'urgence.

Nous proposons qu'il y ait des centres de prélèvements urgents avec l'équipement nécessaire pour en faire l'analyse dans ces cliniques réseaux. De plus, 8 à 10 de ces 40 cliniques devraient être équipées de l'échographie. Elles existent déjà dans le réseau privé, et un contrat de service pourrait être signé avec la Régie régionale pour un certain nombre d'échographies urgentes qui deviendraient donc assurées par le système public. Ainsi, la première ligne serait bien préparée à assumer ses responsabilités et la population serait mieux servie, autant en première qu'en deuxième ligne.

NOS PRIORITÉS

Objectif général

Mettre sur pied un réseau intégré de services médicaux de première ligne, accessible 365 jours par année, assurant des soins globaux, la prise en charge et la continuité pour l'ensemble de la population à desservir, en favorisant et en supportant le regroupement des ressources médicales existantes.

Plan d'action

- Favoriser et supporter les omnipraticiens désirant se regrouper selon les modèles d'organisation proposés.
- Favoriser la collaboration entre les diverses organisations médicales pour un réseau intégré d'accessibilité.
- Développer dans chacune des sous-régions des cliniques avec un plateau technique complet qui seront des points de services accessibles pour l'ensemble des omnipraticiens et de leurs patients de la sous-région.
- Développer des ententes de services entre tous les points de services médicaux généraux et leurs partenaires du réseau (professionnels des CLSC, centres de soins ambulatoires des hôpitaux, cliniques radiologiques, ressources médicales spécialisées) facilitant l'accès pour leurs patients à toutes les ressources nécessaires.

Objectif spécifique

Assurer la prise en charge, dans une perspective de complémentarité avec le réseau, des clientèles vulnérables en perte d'autonomie due au vieillissement ou à une maladie chronique ou à une maladie terminale et ce, dans chacune des sous-régions.

Plan d'action

- Établir, dans les regroupements cliniques, les ressources professionnelles nécessaires au suivi des clientèles vulnérables en lien avec le réseau.
- Identifier ou inscrire les clientèles vulnérables dans les regroupements cliniques.
- Finaliser la mise en place de la garde infirmière et médicale 24/7 pour les patients maintenus à domicile et associés aux centrales 24/7 des services Info-Santé CLSC.
- Concevoir, favoriser et supporter les activités de formation médicale continue pour le développement et le maintien de la compétence des omnipraticiens en regard des pathologies chroniques, des problématiques du vieillissement de la population et des soins palliatifs.
- Créer l'accessibilité en tout temps à la consultation avec des collègues omnipraticiens ou spécialistes identifiés et possédant l'expertise dans ces champs d'activité.

Objectif spécifique

Mettre en place l'organisation des services médicaux de première ligne pour les clientèles avec problèmes de santé mentale dans un modèle de soins partagés entre les omnipraticiens et les équipes spécialisées en psychiatrie, pour un réseau intégré de soins continus en psychiatrie dans chacune des sous-régions du Département régional de médecine générale.

Plan d'action

- Créer avec les équipes spécialisées en psychiatrie le modèle de soins partagés en santé mentale.
- Établir, dans chacune des sous-régions, les ententes avec les équipes spécialisées en psychiatrie pour la mise en place du réseau intégré.
- Diffuser aux omnipraticiens le modèle de soins partagés en santé mentale.
- Concevoir les activités de formation médicale continue en santé mentale.

Objectif spécifique

Intégrer les pratiques cliniques préventives dans l'exercice médical courant.

Plan d'action :

Poursuivre les activités de soutien pour l'intégration et le maintien des pratiques cliniques préventives dans les groupes de médecine de famille et autres types de pratiques par l'élaboration et la consolidation d'outils cliniques pratiques à l'intention des patients, des infirmières et des médecins.

- Poursuivre les activités de formation et d'information qui visent le transfert des connaissances des pratiques cliniques préventives auprès des médecins par un programme de type prévention en pratique médicale;
- Poursuivre des activités de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire auprès des équipes multidisciplinaires des CLSC par des programmes tels que celui «Au cœur de la vie»;
- Plus spécifiquement, pour les maladies infectieuses, collaborer à désigner six points de services de post-exposition en première ligne pour l'évaluation, le suivi et la prise en charge des patients et des contacts, soit une clinique médicale, un groupe de médecine de famille ou une clinique de médecine familiale réseaux et un CLSC responsables par sous-région.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS EN OMNIPRATIQUE À MONTRÉAL

Activités en première ligne

Les données de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) démontrent clairement que, de 1992 à 2001, la pratique médicale s'est déplacée vers les établissements tels que les CLSC et les CHSLD au détriment des services dans les cabinets et les cliniques (- 107,7 ETP). Comme ces derniers constituent la principale porte d'entrée pour assurer l'accessibilité aux services médicaux, cette constatation est inquiétante.

Les activités des médecins omnipraticiens ETP exerçant en soins de première ligne dans la région de Montréal[2]

Années	Cabinets médicaux	CLSC	CHSLD	Total en première ligne
1992-1993	1 017,7	81,3	60,3	1 159,3
1993-1994	1 005,8	132,6	69,8	1 208,2
1994-1995	1 004,3	140,7	73,1	1 218,1
1995-1996	997,4	155,3	71,1	1 223,7
1996-1997	985,9	156,4	68,6	1 210,9
1997-1998	939,2	151,7	71,0	1 161,9
1998-1999	916,3	146,1	68,2	1 130,6
1999-2000	926,8	148,2	76,1	1 151,2
2000-2001	910,0	151,9	83,3	1 145,2

2 FMOQ, Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : Évolution des effectifs et des profils de pratique -Region 06 : Montréal-Centre, juillet 2002, page 6

Activités en deuxième ligne

Le réseau hospitalier, largement développé dans notre région à vocation régionale, extrarégionale et nationale, constitue un pilier dans notre réseau de la santé. Près du tiers (30,2 %) des omnipraticiens exerçant à Montréal le font en deuxième ligne. La croissance s'est effectuée aux dépens des services d'urgence, alors que l'hospitalisation s'est stabilisée. C'est un équilibre qu'il est essentiel de maintenir afin d'éviter une rupture de services.

Les activités des médecins omnipraticiens ETP exerçant en soins de deuxième ligne dans la région de Montréal[1]

Années	ETP en CHSGS dans la région	ETP hospitalisation dans la région	ETP urgence	% en soins de deuxième ligne
1992-1993	520,00	174,49	170,19	29,7
1993-1994	525,40	180,38	178,37	29,8
1994-1995	526,04	173,91	185,50	29,6
1995-1996	515,42	162,49	183,42	29,2
1996-1997	490,11	165,70	173,77	28,4
1997-1998	473,75	158,50	176,49	28,4
1998-1999	459,67	157,78	180,76	28,3
1999-2000	476,68	165,24	191,58	28,6
2000-2001	511,21	181,37	205,73	30,2

Nos besoins en médecins omnipraticiens

Il faut établir les besoins de la région en services médicaux en tenant compte de la répartition des effectifs médicaux selon les lignes de soins et les problématiques qui caractérisent notre territoire.

En l'absence de données terrain validées, les principales sources d'information utilisées sont celles du Ministère et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

L'utilisation de la méthode de calcul proposée par la FMOQ nous indique un déficit (ETP) de 188 omnipraticiens à Montréal :

- déficit omnipraticien en première ligne = 135
- déficit omnipraticien en salle d'urgence = 16
- déficit omnipraticien en deuxième ligne = 37

1 FMOQ, Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : Évolution des effectifs et des profils de pratique -Region 06 : Montréal-Centre, juillet 2002, page 6

Par ailleurs, nous croyons que ce déficit n'est pas uniquement de 188 médecins (ETP) mais plutôt d'environ 315 omnipraticiens à Montréal. Nos calculs tiennent compte du bassin de desserte réel, des facteurs de pondération selon l'âge, le sexe et la situation socioéconomique de la population montréalaise ainsi que du volume de médecins omnipraticiens œuvrant en santé publique et en éducation.

Plan régional d'effectifs médicaux

Conscients de la pénurie provinciale en ressources médicales qui entraînera des choix difficiles à faire, nous cherchons à participer à une répartition équitable des effectifs médicaux sans pour autant que la région de Montréal soit privée d'une quote-part légitime. Le défi d'organiser une première ligne fonctionnelle en mobilisant les ressources médicales intrarégionales ne suffira pas à maintenir les acquis en deuxième ligne sans ressources supplémentaires, compte tenu de la conjoncture actuelle.

Pour ce faire, il faut établir une planification et une gestion des effectifs médicaux adaptée à notre situation avec la collaboration de tous et chacun et partager un même objectif : répondre le mieux possible aux besoins de santé de notre population en tenant compte des priorités établies, c'est-à-dire :

- Élaborer le plan régional des effectifs médicaux généraux (PREM) en conformité avec les orientations ministérielles et les besoins de notre région et faire connaître les règles de gestion;
- Mettre à jour et évaluer les besoins en omnipratique dans tous les établissements de notre région afin de déterminer les établissements et les secteurs prioritaires qui présentent des besoins réels et immédiats en effectifs médicaux, dans l'ordre suivant :

  1) Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés

  2) CLSC et cabinets

  3) Centres d'hébergement et de soins de longue durée et centre hospitalier de soins psychiatriques

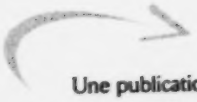
  4) Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant une mission de réadaptation, centres de réadaptation, etc.;
- Établir des critères de répartition et de besoins relatifs aux effectifs médicaux adaptés à la réalité de notre région afin de sauvegarder les acquis et d'assurer une deuxième ligne sans interruption de services;
- Identifier et dresser une liste des activités médicales particulières et des secteurs priorisés afin de maintenir la pratique omnipratique en deuxième ligne sans fragiliser la première ligne;
- Mettre en œuvre la réorganisation de la première ligne et évaluer les besoins nécessaires en effectifs afin d'assurer l'accessibilité, la prise en charge et la continuité des services médicaux adaptés aux besoins de la population;
- Adapter le plan régional des effectifs médicaux en fonction des plans d'organisation et des effectifs médicaux des établissements et du plan montréalais d'organisation des services médicaux du Département régional de médecine générale.

DÉCIDER - AGIR - ÉVALUER - AJUSTER

Dans le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux « *Les solutions émergentes* » nous pouvons lire :

> ***« Maintenant, un nouveau leitmotiv devrait rapidement s'imposer à tout le réseau: décider, agir, évaluer, ajuster. C'est cela qui fait la différence entre un réseau qui tourne en rond, avec de rares projets pilotes, qu'on oublie finalement, et un réseau qui implante graduellement une nouvelle organisation de services. »***

C'est dans cet esprit que nous voulons contribuer à l'organisation du réseau des services médicaux généraux de première ligne et que ce document a été écrit. Nous voulons en assurer une gestion dynamique de son développement.



Une publication du Service des communications -
Direction de l'information et de la planification de la Régie régionale
de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Information tirée de :
Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux,
« *L'accès en actions* » - Document de consultation recommandé
par le Département régional de médecine générale,
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre,
120 pages, incluant 6 annexes, 2003.

© Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre, 2003
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-112-4

Ce document est disponible :

- aux services documentaires
  de la Régie régionale de Montréal-Centre
  Téléphone : (514) 286-5604
- sur le site Web de la Régie régionale
  de Montréal-Centre :
  www.santemontreal.qc.ca
- en anglais sous le titre : *Montreal Organisation Plan for General Medical Services and Medical Staffing, "Action for Access" - Summary*

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

Summary

Action for Access

Montreal Organisation Plan for General Medical Services and Medical Staffing

Introduction 2
Goal: To Improve the Organisation of Primary Health-Care Services 2
Guiding Principle: Patients As Our Major Concern 2
An Integrated Network 2
The Mission of an Integrated Network 3
Territorial Breakdown 3
Access to Diagnostic Services 4
Recommandations 4
Access to Specialised Health-Care Services 5
Recommandations 6
Current Situation of Family Medicine in Montreal 7
Those Served and Their Needs 7
Medical Staffing in Montreal 7
Organisation of Services 7
Family Medicine in Montreal's Future 8
Family Medicine Groups 8
Network Family Medicine Clinics, Called Pivotal Clinics 9
Technical Support 10
Our Priorities and Action Plans 10
Changing Numbers of General Practitioners in Montreal 12
Primary Health-Care Activities 12
Secondary Health-Care Activities 13
Our Needs in Terms of General Practitioners 13
Regional Medical staffing Plan 14
Decide-Act-Evaluate-Adjust 15

HEALTH AND WELL-BEING FOR THE POPULATION OF MONTREAL

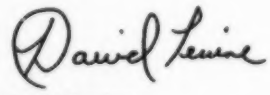
A Collective Challenge

The Regional Board is undertaking a process aimed at providing Montreal with a new strategic plan that will extend from the spring of 2003 to that of 2006. We therefore need to work together to identify our priorities for improving the health and well-being of Montreal's population.

On the basis of the results observed at the end of the 1998-2002 plan for health and access to services, we will have to make choices and implement the most appropriate solutions for efficiently providing prevention, cure, and treatment. This is a major challenge, one that compels us to make the right decisions, and I encourage Montrealers to respond to it.

The findings of this consultation process will enable me to submit a strategic three-year plan to the board of directors of the Regional Board in June of this year. This plan will be a response to the particularities of the Montreal metropolitan area as well as to the national priorities for the entire population of Quebec.

Hoping that the consultation will prove fruitful,



David Levine
President and Executive Director

The present document is a summary of the Montreal Organisation Plan for General Medical Services and medical staffing, "Action for Access" (*Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux*), a consultation paper that is recommended by the Regional Department of General Medicine (DRMG). This summary presents the major issues, anyone interested in reading the plan in its entirety is invited to consult the last page of this summary for the necessary information. All information regarding the Regional Board's consultation process can be found on the Regional Board's website: **www.santemontreal.qc.ca**

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

INTRODUCTION

In accordance with the "*Act respecting health services and social services*", the Regional Department of General Medicine (DRMG) must define and propose a plan for the organisation of general health services and for the required medical staffing. In addition, the DRMG must see to the implementation and administration of this plan once it has been adopted.

This is the framework in which the **Montreal Organisation Plan for General Medical Services and medical staffing, "Action for Access"**, was developed. The plan has been be presented to general practitioners for the purpose of consultation. The cooperation of general practitioners is essential to the pursuit of the objectives set out by the Regional Board, particularly as they pertain to access to general health-care services and organisational models for service delivery, which are prior conditions for the implementation of a solid primary-care network in Montreal.

Goal: To Improve the Organisation of Primary Health-Care Services

In collaboration with all general practitioners throughout our territory and our partners in the health-care system, the DRMG would like, first and foremost, to work toward the construction of a functional and accessible primary-care network with a perspective towards managed, continuous care and service.

If they are to be effective and efficient, general practitioners must have access to diagnostic techniques, to specialised expertise, and to all professionals working in the system. In addition, a functional network rests upon the implementation of a clinical and administrative information system.

Guiding Principle: Patients As Our Major Concern

- Empowerment
- Continuity of care and services
- Comprehensive care: to prevent, to cure and to treat
- Accessibility
- Establishing priorities for health care and services
- Inter-professional and inter-institutional collaboration.

An Integrated Network

An integrated network is made up of people, organisations, and institutions that work toward a common goal and whose different components (material, financial, and human resources) constitute a whole.

This network must involve all general practitioners who are members of the DRMG working within the territory of the Montreal Regional Board and who provide primary-care services, no matter where they practice: CLSCs, medical clinics, doctors' offices, family-practice units, residential and long-term care centres, rehabilitation centres, or any new or future organisational structures for providing services, such as family medicine groups or network family medicine clinics (called *pivotal clinics*).

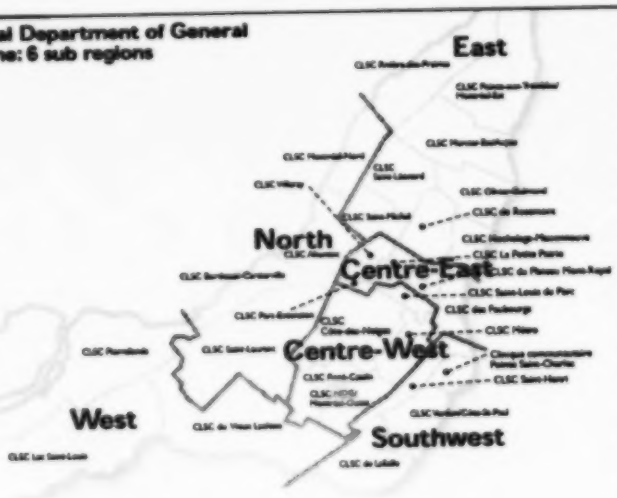
The Mission of an Integrated Network

The network's mission will be to provide the territory's entire population with a complete range of short- and long-term, primary health care and services, including preventive and diagnostic services, treatment, rehabilitation, and palliative care. This network should be all of the following: universal, free of charge, comprehensive, continuing, homogeneous, efficient, of high quality, and accessible in terms of geography, physical barriers and schedule.

Territorial Breakdown

Organising a general-care network aimed at linking services as closely as possible to citizens' natural and usual environments meant dividing Montreal into sub regions. This territorial breakdown must respect the citizens' natural habits and patterns when consulting health-care services and respect the existing collaborative organisations that function well. The territory of Montreal has therefore been broken down into six sub regions, grouping different CLSC territories, for the purpose of planning primary health-care services. None of these sub regions is off limits for other citizens or physicians, and each sub region should provide the population with well-organised, general, primary-care services.

Regional Department of General Medicine: 6 sub regions



East:
CLSC J.-Octave Roussin, Rivière-des-Prairies, Mercier-Est/Anjou, Olivier-Guimond, Saint-Léonard, Saint-Michel, de Rosemont, Hochelaga-Maisonneuve

West:
CLSC Pierrefonds, Lac St-Louis, du Vieux Lachine

Southwest:
CLSC Saint-Henri, Verdun/Côte Saint-Paul, LaSalle, Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles

Centre-East:
CLSC du Plateau Mont-Royal, des Faubourgs, La Petite Patrie, Villeray, Parc Extension*

Centre-West:
CLSC Saint-Louis du Parc*, Métro, Côte-des-Neiges, René-Cassin, Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest

North:
CLSC Ahuntsic, Bordeaux-Cartierville, Saint-Laurent, Montréal-Nord.

* In response to requests made by these two CLSCs, we recommend that the CLSC Parc Extension now be included in the Centre-West sub region and that the CLSC Saint-Louis du Parc now be part of the Centre-East sub region.

Access to Diagnostic Services

Given the needs identified by the physicians who are members of the executive committee of the Montreal DRMG, general practitioners within the territory must possess the tools needed to respond to the requirements of their clinical role. In general terms, this means the following:

- Basic blood, microbiological, and cytological sampling;
- Medical imaging, including examinations based on x-rays, fluorescent x-rays, ultrasound (including Doppler imaging), CT scans, MRIs, and bone scans;
- Electrophysiology examinations such as ECGs (resting, stress-test monitoring, thallium, MIBIs), EMGs, and EEGs;
- Respiratory-system analysis.

In order to offer efficient primary-care services, expected and proposed waiting times are the following:

Less than 24 hours for urgent situations:
- Meaning the same day; results should be sent to the physician requesting them within two hours of a test.

From one to five days for semi-urgent situations:
- Results should be sent to the requesting physician on the day of the test.

From one to four weeks in elective situations:
- Results should be sent to the requesting physician within one week or less.

Recommendations

To guarantee the degree of accessibility needed to ensure that patients' health problems will be well managed, we recommend the following:

1. **In collaboration with institutions and non-institutional clinics, the Regional Board should develop an action plan to provide technical support that can respond to the needs of a well-organised, primary-care network throughout the territory on an expanded, seven-day-a-week schedule, taking into account the clinical situations described above: urgent, semi-urgent, and elective.**
2. **The Regional Board should enter into service agreements with non-institutional clinics so as to ensure that all patients will have access to technical support at no additional expense.**
3. **The Regional Board should provide all physicians with a list of locations where such services are available within the prescribed time periods.**
4. **The joint follow-up committee, representing the DAMU, CMR, and DRMG[1], should be able to provide the Regional Board with advice on what action to take, given the identified limitations, so as to equip the primary-care network with the tools required to carry out its role in accordance with the different clinical situations occurring throughout the territory.**
5. **Computerisation of the network and modern communications technologies should be used to support organisational efforts related to the delivery of primary health-care services.**

1 Department of medical and university affairs, Regional Medical Commission, Regional Department of General Medicine

6. **The Montreal Regional Board's department of medical and university affairs (DAMU) should request that the Collège des médecins du Québec, in cooperation with different institutions involved in medical training (universities, professional associations and federations) take part in optimising the appropriate use of technical support facilities for the following purposes: pre-doctorate training; continuing medical education; and designing, updating, and disseminating instruction manuals.**

7. **The Regional Board, in collaboration with the health-care institutions and clinics affiliated via service agreements, should promote the implementation of an evaluation mechanism that would make it possible to react efficiently if the time needed to access technical support facilities were to become unacceptably long.**

8. **The Regional Board should submit an annual report to the CMR and DRMG on how the above recommendations have progressed.**

Access to Specialized Health-Care Services

Montreal's general practitioners regularly raise two major issues concerning specialized medicine:

- Access to specialists (waiting periods and a lack of information on how to locate them);
- Communication of results, treatment plans, or follow-up plans following initial or later visits.

Recommended solutions for facilitating access to specialised health-care services:

Semi-Urgent Situations (1 to 5 days)

Some specialists, including internists, cardiologists, respirologists, and gastroenterologists, are asked to respond to semi-urgent situations, which often require the more complex technical support generally available in hospitals. It is therefore necessary to provide for the following:

- Access to outpatient clinics or ambulatory centres with blocks of time reserved both for new patients and for those with worsening conditions;
- Optimal efficiency at hospital outpatient clinics, including measures to ensure that visits by new patients are confirmed and that all visits are tightly managed;
- Proper availability of technical support for consultant physicians;
- Rapid communication of results and treatment plans to requesting physicians following medical visits: the same day, if the patient is immediately returned to the care of a general practitioner, and within a week or less, in all other cases.

Selective Situations (1 to 4 weeks)

Elective visits concern all clinical specialties. Visits may be made to a physician's office, a clinic, a CLSC, or an ambulatory care centre, depending on how each specialty is organised. Adequate access means the following:

- Easier arrangements for making appointments;
- Blocks of appointment times for new patients;

- Optimal appointment management, especially in hospital outpatient clinics;
- Appropriate availability of technical support for consultant physicians;
- Communication of results, treatment plans, and follow-up plans to the requesting physician within one week or less.

Recommendations

To guarantee the degree of accessibility needed to ensure that patients' health problems will be well managed by general practitioners, we recommend the following:

1. The Montreal Regional Board should place a high priority on computerising the locations where requesting and consultant physicians are visited, providing the necessary links with the health and social services telecommunications network.
2. The Montreal Regional Board should immediately request that the institutions on its territory optimise their use of modern communications technologies (fax machines and secure e-mail systems) and of clerical support staff needed by health specialists to send relevant information to requesting physicians. The board should also support said institutions in this endeavour.
3. The Regional Board's DAMU should request that the Collège des médecins du Québec become involved in enhancing information exchanges between consultant specialists and requesting physicians. This means providing precise requests with all relevant information as well as consultant clinical reports that are as informative as possible regarding investigation, treatment, and follow-up plans, in addition to progress reports with subsequent test results.
4. In collaboration with the institutions, the Montreal Regional Board should promote the use of a standardised form for summarising medical information when a patient is released from hospital. This form should include a copy for the user and/or the attending physician and an original to be kept in the patient's file. The latter would replace the summary sheet currently used in our institutions. (This kind of form could also be used for patients examined and treated in emergency departments.)
5. The Regional Board should draw up a list of locations where specialised services are available within the established waiting periods and inform all physicians of its existence. (This could be done in stages, one sub region at a time.) The board should also ensure that this information is periodically updated.
6. The Regional Board should request that the associations of medical specialists and departments of professional services in general and specialised hospital centres (CHSGSs) on our territory help to decide upon means for removing obstacles to access in the different sub regions.
7. In collaboration with the institutions, the Regional Board should promote the implementation of a monitoring mechanism that would make it possible to react efficiently if waiting times for appointments in specialized outpatient clinics become unacceptably long.

Current Situation of Family Medicine in Montreal

General practitioners work in many fields, including geriatrics, obstetrics, perinatal care, teaching and research, hospitalisation, mental health, public health, occupational health, palliative care, intensive care, and home care. Although we should hope that general practitioners will continue working in the above fields, their main role is to provide their clients with care, treatment, and follow-up. Therefore, we must succeed in establishing a general, primary-care network of services that will provide our population with a reliable safety net. We are at a crossroads, and several of the items below offer us food for thought.

Findings

Those Served and Their Needs

- Growing needs in a population of 1,838,472 residents and approximately 350,000 non-residents:
  - The oldest population in Québec
  - Areas of great poverty
  - A lack of patient management
  - Clients at risk, including 35,000 patients who have no family doctor
  - Important issues: mental health, homelessness, polysubstance abuse, HIV.
- The net annual increase in the number of people residing on the Island of Montreal is 15,000.
- Access to care and treatment and to walk-in services are legitimate expectations of the population.

Medical staffing in Montreal

- There are major human-resource problems in general medicine throughout Quebec, including Montreal.
- The region of Montreal has many specialists, but their services are not provided only to people living in the city. Between 25 and 30 per cent of the primary- and secondary-care services delivered by specialists in hospitals are for people living in the areas surrounding Montreal.
- Primary care has become fragile and therefore vulnerable. Clinics have closed.
- The DRMG is responsible for regional medical staffing plans (PREM in French) and the regional organisation of services (PROS in French). It should be understood that medical personnel working in private offices and clinics are now part of the Medical staffing plan.

Organisation of Services

- There is a precarious situation in emergency departments. The Ministry of Health and Social Services and the Regional Board want steps to be taken so that emergency departments can run more smoothly.
- The shift to ambulatory care remains incomplete. Primary care services, having not been made a partner in this major change, was therefore not ready to withstand the shock.

- Fragmented time blocks:
  - Especially during times considered to be unfavourable;
  - Points of care are open an average of 56 hours per week;
  - CLSCs provide complementary support to general medical emergency ambulatory services, especially outside regular hours.
- Two major issues: suitable access to diagnostic technical support and to timely appointments with specialists.
- There is consensus regarding the role of primary care as the foundation of the health-care system.
- The Ministry of Health and Social Services intends to reorganise primary-care services, particularly by supporting the establishment of family medicine groups.

ORGANISATIONAL MODEL

Family Medicine in Montreal's Future

We cannot look to the future without counting on the existing offices, clinics, and CLSCs. These points of care respond to the changing needs of our clients. However, new avenues can also be explored: family medicine groups and network family medicine clinics, known as pivotal clinics.

Family Medicine Groups *(Groupes de médecine de famille « GMF » en français)*

The DRMG's executive committee wants to encourage physicians to work together, and family medicine groups provide an avenue for this. What follows is the executive committee's opinion on how a Montreal family medicine group should function.

A group would be formed with enough general practitioners to offer a defined range of services based on personalised care. The majority of the group's physicians would make their participation in the group their principal activity and would be the basic nucleus of the group. They would provide their clients with comprehensive and continuing care and services. We are in favour of a mutual accountability and loyalty agreement between the patient, on the one hand, and the attending physician and the group, on the other hand.

As concerns the scope of primary-care services, such a group, in collaboration with other health-care professionals, would provide promotion and prevention services, in addition to curative and palliative services. Particular attention must be paid to clients at risk. These would be defined and well identified. These clients include elderly persons who are no longer self sufficient, people with serious mental-health problems, with complex and chronic diseases, and patients requiring palliative care. Such clients are often registered in a CLSC home care and support program.

Ideally, the scope of services offered will correspond to those needed by people throughout their entire lifetime. Services will be available seven days a week by appointment or on a walk-in basis. The group will organise its services so that they respond on a daily basis to the urgent needs of its patients. To ensure that its clients will have access to treatment and care, the group may take part in an access network in cooperation with other health-care professionals in the same area. The group will make home visits and will remain on call for persons living at home with seriously reduced independence as well as for those who are frail or need palliative care.

The group's physicians will work in cooperation with nurses and other health-care professionals, including social workers, dieticians, physiotherapists, occupational therapists, psychologists, and pharmacists. Under the supervision and coordination of physicians, nurses will take part in activities related to education, prevention, management of complex health problems, and case management. They will also coordinate linkage activities with secondary-care services, CLSCs, and other institutions.

A family medicine group will establish a mechanism for evaluating the quality and efficiency of the organisation of its services. It must be integrated into the regional organisational plan for general health-care services of its DRMG.

The Ministry has decreed several basic principles and conditions for accrediting family medicine groups:

- Registration of all patients is fundamental.
- The group must remain on call 24 hours a day, 7 days a week, for its clients at risk.
- All participating physicians must sign an agreement.
- The group and the CLSC must sign a protocol agreement.
- The Regional Board and the group must sign a contract agreement.
- The Ministry of Health and Social Services is responsible for accrediting a family medicine group, authorizing its technical and financial support, and transferring budget allocations for the group to the Regional Board, which is then responsible for distributing them.

Network Family Medicine Clinics, Called Pivotal Clinics

Given its 29 CLSCs, 175 clinics, 10 family medicine units, 210 private offices, and many different time schedules for services, people in Montreal have a hard time understanding the system. On the one hand, even with well-structured entities such as family medicine groups, no one would imagine that all such points of care could work long hours 365 days a year. On the other hand, several time periods remain uncovered in some sub regions.

Therefore, we believe that it is important to set up a truly accessible network with approximately 40 network family medicine (pivotal) clinics included in our points of care. CLSCs and family medicine groups will, of course, be able to become involved in this network and be recognised as points of care. However, medical clinics will constitute the bulk of these points of care, given that they currently provide the great majority of general health-care services during difficult hours.

Our objective is to set up 40 family medicine clinics, one for every 50,000 people. They would remain open on a walk-in basis from 8 a.m. until 9 p.m., 365 days a year.

Such a network would provide the population with a genuine safety net. We are convinced that it would also enable emergency departments to run more smoothly because they could use their specialised services and expertise more judiciously.

However, we do not intend to set up specialised walk-in institutions. Although it is very useful, the walk-in option should not become the foundation of family medicine. The majority of physicians at all general-medicine points of care should see these points as their main hub of activity, and the great majority of their clinical activities should be devoted to the care and treatment of clients with appointments, not only to care episodes but also to preventive activities, regular

follow-up, and periodic examinations. Special attention should be paid to clients at risk. Furthermore, pivotal clinics should manage their clients at risk, and the latter should be clearly identified and registered with their attending physicians within the group. This should be the situation for our future pivotal clinics.

Such network (or pivotal) clinics must sign a service agreement with the Regional Board via its DRMG. The services offered and visiting hours would be stipulated in the agreement. For the vast majority of these clinics, hours would be extended, in some cases as much as 50 per cent. This requires administrative support from the Regional Board. Furthermore, these clinics should be connected to the Quebec health and social services telecommunications network so that information such as lab analyses and consultant clinical reports can circulate more smoothly.

Technical Support

In the Montreal area it is difficult and sometimes impossible for patients to have a simple blood count done on a weekday afternoon or to have an urgent ultrasound unless they are willing to pay for it in a private clinic. The great majority of people with these kinds of needs therefore end up in emergency departments.

We propose the creation of emergency sampling centres with the required testing equipment in pivotal clinics. In addition, from 8 to10 of these 40 clinics should be provided with ultrasound equipment. Such centres already exist in the private system, and a service contract could be signed with the Regional Board for a certain number of urgent ultrasound tests, which would be covered by the public system. The primary-care network would thereby be well prepared to assume its responsibilities, and the population would be better served with respect to both primary- and secondary-care services.

OUR PRIORITIES

Overall Objective

Our overall objective is to establish an integrated network of primary health-care services, capable of providing access, 365 days a year, to comprehensive care and treatment, as well as to continuity of care, for the entire population. This network is to be created by promoting and supporting efforts to bring together existing health-care resources.

Action Plan

- To promote and support general practitioners who would like to work together in accordance with the proposed organisational models.
- To promote cooperation among the different medical organisations so as to create an integrated access network.
- To develop clinics capable of providing complete technical support in each sub region and of serving as points of care that will be accessible to all general practitioners and their patients in the sub region.
- To develop service agreements between all points of general health care and their network partners (CLSC professionals, hospital ambulatory care centres, radiology clinics, and specialised health-care resources) so as to facilitate patient access to all necessary resources.

Specific Objective

To ensure care and treatment, within each sub region and from a perspective of complementarily with the network, for clients at risk and with reduced independence due to aging or to chronic or terminal diseases.

Action Plan

- To establish - within family medicine groups and in cooperation with the network - the professional resources needed to provide follow-up for clients at risk.
- To identify or register at-risk clients with family medicine groups.
- To finalize the implementation of a 24-hour, 7-day-a-week nursing and medical on-call service for home-care patients and those having linkages with the Info-Santé CLSC 24/7 telephone health line.
- To design, promote, and support continuing medical training activities so as to maintain and develop the knowledge and skills of general practitioners with regard to chronic diseases, aging, and palliative care.
- To create permanent access to consultation opportunities with previously identified colleagues (general practitioners or specialists) who have expertise in the above-mentioned fields.

Specific Objective

To provide organised, primary health-care services for people with mental-health problems in the framework of shared care between general practitioners and specialised psychiatric teams. This objective entails an integrated network of continuing psychiatric care in each of the DRMG's sub regions.

Action Plan

- To create a shared-care approach to mental health with the help of specialised psychiatric teams.
- To enter into agreements with specialised psychiatric teams in each sub region for the purpose of creating an integrated network.
- To make general practitioners familiar with the shared-care model for mental health.
- To design continuing medical training activities for mental-health care.

Specific Objective

To integrate preventive clinical practices into standard medical practices.

Action Plan

- To continue to integrate and maintain preventive clinical practices in family medicine groups and other kinds of practices via the development and consolidation of practical clinical tools for patients, nurses, and physicians.
- To continue training and information activities aimed at transferring knowledge of preventive clinical practices for physicians via a medical-practice prevention program.

- To continue prevention and promotion activities in cardiovascular health care with CLSC multidisciplinary teams by means of programs such as Au cœur de la vie (at the heart of life).
- More specifically, in the area of infectious diseases, to cooperate in the designation of six primary-care, post-exposure points of care for the purpose of follow-up and management of patients and contacts. These should include a medical clinic, a family medicine group or a pivotal clinic, and a CLSC, which would be the entities responsible for this work in each sub region.

CHANGING NUMBERS OF GENERAL PRACTITIONERS IN MONTREAL

Primary Health-Care Activities

Data from the Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) clearly shows that, between 1992 and 2001, health professionals have moved to institutions such as CLSCs and residential and long-term care centres (CHSLDs) and away from private offices and clinics: there were 107.7 fewer in full-time equivalent (FTE) positions. Given that such offices and clinics are the main entryways for providing access to health-care services, these findings are disturbing.

FTE (full-time equivalent) activities of primary-care general practitioners in the area of Montreal[2]

Years	Medical offices	CLSC	CHSLD	Total in primary-care activities
1992-1993	1,017.7	81.3	60.3	1,159.3
1993-1994	1,005.8	132.6	69.8	1,208.2
1994-1995	1,004.3	140.7	73.1	1,218.1
1995-1996	997.4	155.3	71.1	1,223.7
1996-1997	985.9	156.4	68.6	1,210.9
1997-1998	939.2	151.7	71.0	1,161.9
1998-1999	916.3	146.1	68.2	1,130.6
1999-2000	926.8	148.2	76.1	1,151.2
2000-2001	910.0	151.9	83.3	1,145.2

2 | FMOQ. *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec* : Évolution des effectifs et des profils de pratique Région 06 : Montréal-Centre, juillet 2002, page 6

Secondary Health-Care Activities

Montreal's well-developed hospital network, which serves not only our own region, but others throughout Quebec as well, is one of the pillars of our health-care system. Nearly a third of Montreal's general practitioners (30.2 per cent) work in secondary care. This increase in secondary care has occurred at the expense of emergency treatment, whereas their presence in hospitalisation has stabilized. It is essential to maintain a balance so as to avoid a disruption of services.

FTE (full-time equivalent) activities of second-line general practitioners in the area of Montreal[3]

Years	FTE in CHSGSs in the Montreal area	FTE hospitalisation in the Montreal area	FTE emergency	% in secondary care
1992-1993	520.00	174.49	170.19	29.7
1993-1994	525.40	180.38	178.37	29.8
1994-1995	526.04	173.91	185.50	29.6
1995-1996	515.42	162.49	183.42	29.2
1996-1997	490.11	165.70	173.77	28.4
1997-1998	473.75	158.50	176.49	28.4
1998-1999	459.67	157.78	180.76	28.3
1999-2000	476.68	165.24	191.58	28.6
2000-2001	511.21	181.37	205.73	30.2

Our Needs in Terms of General Practitioners

We must define Montreal's need for health services in terms of how human resources are broken down into primary and secondary care and other issues that characterize our territory.

Given that we lack validated field data, our main sources of information are the Ministry and the FMOQ.

If we use the calculation method proposed by the FMOQ, we see that the FTE shortage of general practitioners is Montreal is 188:

- Shortage of primary-care general practitioners = 135
- Shortage of emergency-department general practitioners = 16
- Shortage of secondary-care general practitioners = 37

3 | FMOQ. *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec* : Évolution des effectifs et des profils de pratique Région 06 : Montréal-Centre. juillet 2002. page 6

However, we believe this shortage to be about 315 FTE general practitioners, not 188. Our calculations take into account the actual population to be serviced; weighting factors related to the age, gender, and socio-economic situation of Montreal's population; and the number of general practitioners working in public health and education.

Regional Medical staffing Plan

We are aware that the province's shortage of health-care resources will require some difficult decision-making, and we would like to distribute medical personnel as fairly as possible without depriving Montreal of its fair share. In the current situation, successfully organising a functional primary-care network by making use of the health-care resources available in our region will not be enough to maintain what has already been obtained in secondary care, unless additional resources are made available.

The planning and management of our human resources must be adapted to the reality of our situation via the collaboration of all those concerned, and we must all share the same objective of responding as best we can to our population's health-care needs by taking into account our established priorities, namely:

- To develop a regional medical staffing plan in accordance with the guidelines of the Ministry and the needs of our region and to make management rules known;
- To update and evaluate the need for general practitioners in all the institutions of our region so that we can determine which institutions and priority sectors have genuine, immediate needs for health human resources. This should be done in the following order:

  1) General and specialised hospital centres (CHSGSs)

  2) CLSCs and private offices

  3) Residential and long-term care centres (CHSLDs) and psychiatric hospital centres (CHSPs)

  4) General and specialised hospital centres with a rehabilitation mission, rehabilitation centres, etc.;
- To establish criteria for medical staffing needs and distribution in accordance with the reality of our region so that we can safeguard what has been achieved and ensure that there will be no disruption of services in secondary care;
- To identify and list specific health-care activities and priority sectors so as to support the work of secondary-care general practitioners without weakening primary care;
- To implement reorganisation of primary care and evaluate human-resource needs so as to ensure access, care and treatment, and continuity of the health services best adapted to the needs of the population;
- To adapt the regional health human-resource plan to the organisation and medical staffing plans of the institutions and to the DRMG's Montreal plan for the organisation of health services.

DECIDE - ACT - EVALUATE - ADJUST

The following is a passage quoted from the report by the Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (task force on health and social services), entitled *Les solutions émergentes* (emerging solutions):

> ***"A new theme should quickly spread throughout the system: Decide, act, evaluate, adjust. That would make the difference between a system going round in circles with a few token pilot projects that end up being forgotten and one that gradually implements a new means of organising its services."***

This is the mental framework with which we would like to contribute to organising a network of general primary health-care services and in which this document has been written. We want to ensure that its development will be managed dynamically.

Published by the Service des communications -
Direction de l'information et de la planification
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Information taken from:
Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux,
« *L'accès en actions* » - a consultation paper recommended by the Département régional de médecine générale, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 120 pages, including 6 appendices, 2003.

© Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre, 2003
Legal Deposit - Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN 2-89510-113-2

This document is available at the following outlets:

- Services documentaires
  Régie régionale de Montréal-Centre
  Telephone: (514) 286-5604
- On the website of the Régie régionale
  de Montréal-Centre :
  www.santemontreal.qc.ca
- In french: *Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux, « L'accès en actions » - Résumé*

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE